المال والتجارة

AL MAL WALTEGARA

القانون رقم ٨٨ لسنة ٢٠٠٣ بإصدار قانون
البنك المركزى والجهاز المصرفى

تقييم المواطنين لجودة الخدمات الصحية الحكومية كمدخل لتطويرها
(دراسة ميدانية)

خطة مشاركة العاملين فى الأسهم

الحوافز الضريبية لمشروعات المناطق الحرة

مالية • اقتصادية • عامة • تصدر شهرياً • العدد ٤١٢ • شهر أغسطس • ٢٠٠٣ • السعر ١٥٠ قرشاً



علمية - اقتصادية - مالية - عامة - تصدر شهرياً
العـــدد ٤١٢ - أغسطس ٢٠٠٣ م

رئيس مجلس الإدارة ورئيس التحرير
أحمد عاطف عبدالرحمن

نائب رئيس التحريـــــر
أ.د/ كامل عمران

في هذا العدد

صفحة

القسم الأول خاص بنشر الأبحاث المحكمة وفقاً لقواعد النشر العلمى المتعارف عليها عن طريق الأساتذة كل فى تخصصه

الإشتراكات

- الاشتراكات السنوية ١٨ جنيهاً مصرياً داخل جمهورية مصر العربية أو ما يعادلها بالدولار الأمريكى فى جميع الدول العربية
- ترسل الاشتراكات بشيك أو حوالة بريدية باسم مجلة المال والتجارة على العنوان أدناه
- الإعـــلانات يتـــفق عليهـــا مع الإدارة

ثمن النسخة

جمهورية مصر العربية ١٥٠ قرشـاً

سوريا	٥٠ ل.س	ليبيا	٥٠٠ درهم
لبنان	٢٥٠٠ ليرة	السودان	٤٠ جنيهاً
العراق	١٠٠٠ فلس	الجزائر	٥ دينارات
الأردن	١ دينار	الكويت	٨٠٠ فلس
السعودية	١٠ ريالات	دول الخليج	١٠ دراهم

١١ شارع ميريت باشا - ميدان التحرير - القاهرة تليفون : ٥٧٤٤٦٣٠ - ٥٧٤٢١٩٠ فاكس : ٥٧٥٠٤١٩

كلمة العدد

القانون رقم ٨٨ لسنة ٢٠٠٣ بإصدار قانون البنك المركزى والجهاز المصرفى

صدر القانون ونشر فى الجريدة الرسمية فى يونيه عام ٢٠٠٣ ويسرى بعد مرور شهر من إصداره ولحين صدور اللائحة التنفيذية سيبقى هذا القانون مثار جدل ونقاش حيث كانت بدايته فى الباب الأول خاصاً بالبنك المركزى وتعريفه وأحكام عامة تحدد أركانه ومهامه واختصاصاته من خلال خمسة فصول شملها الباب الأول بداية من الأحكام العامة ثم مدى أهمية البنك المركزى واختصاصاته وكيفية إدارة البنك المركزى حيث ورد فى المادة (١٠) أن محافظ البنك المركزى يتم تعيينه بقرار جمهورى بناء على ترشيح رئيس الوزراء ولمدة أربع سنوات قابلة للتجديد ويعامل معاملة الوزير وقبول استقالته بقرار جمهورى .

اما الفصل الرابع حدد النظام المالى للبنك المركزى حيث حدد السنة المالية واختصاص مراقب الحسابات والاختصاصات المالية لمجلس الإدارة وانتهت إلى اعتبار أموال البنك المركزى أموالاً عامة فى تطبيق أحكام قانون العقوبات .

والفصل ا لخامس حدد علاقة البنك المركزى بالحكومة وقواعد الإيضاح حيث ألحق بالبنك مستشاراً ووكيلاً مالياً كما أصبح البنك المركزى هو مصرف الحكومة ويتقاضى مقابلاً عن الخدمات التى يؤديها لها وللأشخاص الاعتبارية العامة ـ كما أعطى الحكومة الحق فى تكليف البنك المركزى فى إصدار أذون الخزانة والسندات الحكومية بجميع أنواعها .

كما جعل القانون فى اختصاصه تمويل الحكومة بناء على طلبها لتغطية العجز الموسمى فى الموازنة العامة وحدد لها حدوداً وهى ألا تزيد عن ١٠٪ من متوسط إيرادات الموازنة العامة .



أحمد عاطف عبد الرحمن

وألزم القانون : محافظ البنك بأن يقدم لرئيس الجمهورية تقريراً دورياً كل ثلاثة شهور .

والباب الثالث : جاء لتنظيم الجهازالمصرفى وهو مكون من أربعة فصول أولها خاص بكيفية إنشاء وتسجيل البنوك والثانى عن كيفية الإشراف على إدارة البنوك أما الفصل الثالث جاء لتحديد قواعد التملك لحصص رؤوس أموال البنوك وقد أباح للمصريين ولغيرهم تملك أموال البنك دون التقيد بحد أقصى ينص عليه قانون آخر ثم عاد وحدد فى المادة (٥٠) أنه على كل شخص طبيعى أو اعتبارى يملك ما يزيد عن ٥٪ من رأس المال المصدر لأى بنك وبما لا يجاوز ١٠ ٪ أن يخطر البنك المركزى

بذلك وجعل التملك فى الحدود السابقة بموافقة البنك المركزى .

وفى الفصل الرابع : خصص مواده لتنظيم الرقابة على البنوك وتأمين الودائع حيث حدد البنك المركزى قواعد الرقابة والإشراف على البنوك مع تحديد الضوابط التى تحكمها.

وقد حددت المادة ٥٧ الشروط المطلوبة لتقديم الائتمان للعميل وطلب تقديم ضمانات إضافية سواء عينية أو من أى طبيعة أخرى يقبلها البنك .

وقد أرجع القانون للائحة التنفيذية معايير تقييم الضمانات التى تقدم للبنك عما يعطيه للعميل من التمويل والتسهيلات الائتمانية كما تبين الضوابط اللازمة لتطبيق أحكام هذه المادة - وقد نص صراحة على أنه (لا يجوز تحديد أو تعديل ائتمان قبل مصادقة العميل على أرصدة التمويل والتسهيلات الائتمانية المقدمة له من البنك) .

وحددت مواد **الفصل الرابع** أحكام التعامل للبنوك مع عملائهم كما وضع من القواعد التى تحكم البنك فى تنظيم معدلات السيولة ومجالات الاستثمار وعملية إصدار أذون وقبول الأسهم وغيرها من القواعد والضوابط للتعامل من خلالها مع العملاء .

والباب الثالث : حدد كيفية إدارة بنوك القطاع العام وحدد كيفية تشكيل مجالس الإدارات والقواعد التى تحكم العمل والجمعيات العمومية للبنوك وكيفية تشكيلها ومهامها .

أما الباب الرابع : خصصه المشرع للحفاظ على سرية الحسابات فى المادة ٩٧ وأعطى القانون فى المادة ٩٨ للنائب العام أو من يفوضه من خلال طلب يقدم إلى محكمة استئناف القاهرة للتصريح بالاطلاع على بيانات ومعلومات خاصة ببعض العملاء .

وفى الباب ا لخامس : جاء خصيصاً عن رهن الممتلكات والأصول للبنوك .

وفى الباب السادس : نص فى مواده عن تنظيم إصدار أوراق النقد وعمليات النقد الأجنبى وذلك فى فصلين الأول عن تنظيم أوراق النقد والثانى عن تنظيم عمليات النقد الأجنبى .

وجاء الباب السابع : خاص بالعقوبات فى حالة مخالفة أحكام هذا القانون والقانون جاء فى مجمله فى ١٣٥ مادة موزعة على سبعة أبواب رئيسية سبق أن أوجزناها .

وإلى أن : تصدر اللائحة التنفيذية وما يصاحب عملية التنفيذ من سلبيات وصعوبات وحتى لا يلحقه التعديل والترقيع مثل غيره من القوانين والتى تم إصدارها فى عجالة فى غيبة من الهيئات والجمعيات والاتحادات الممثلة لقطاع الأعمال الخاص من صناع وتجار حتى يتمشى القانون مع واقع الحياة بدلاً من أن يبقى جامداً فى أحكام مما يؤثر على السوق وآلياته بالتراجع والجمود والكساد ... فالحاجة ملحة لأحكام تساعد على تنشيط السوق وتخرج الاقتصاد القومى من الأزمة التى يعانيها عبر السنوات الأخيرة أملاً فى رخاء هذه الأمة يوماً ما بعد أن عانت الكثير و الكثير من الارتجال فى إصدار الكثير من الأحكام والقواعد العشوائية بعيداً عن الأغراض الشخصية والتى تستند كثيراً تحت المصلحة العامة .

تقييم المواطنين لجودة الخدمات الصحية الحكومية كمدخل لتطويرها

(دراسة ميدانية)




دكتور / أحمد مرسى الخواص
أستاذ مساعد بكلية التجارة ـ جامعة القاهرة
فرع بنى سويف

ملخص البحث

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم المواطنين لجودة الخدمة الصحية الحكومية كمدخل لتطويرها من خلال استطلاع آراء المستفيدين وانطباعاتهم عن بعض جوانب الخدمة التى يمكنهم إصدار حكم بشأنها ، بالإضافة إلى تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية من خلال تطبيق مقياس (SERVPERF) .

وقد اعتمد البحث على كل من الدراسة المكتبية والميدانية ، من خلال تعرض الباحث للتراث العلمى ، ثم قام بدراسة على عينة من المواطنين المستفيدين من خدمات المستشفيات الحكومية سواء من المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية أو المعالجين داخل المستشفى .

وقد أسفرت الدراسة عن تقييم المواطنين للجودة الكلية للخدمة الصحية يدل على أنها منخفضة حيث يوجد قصور فى أداء الخدمة الصحية تجاه نظم وإجراءات العمل ، وعدم كفاية مدة المشورة أو الاتصال بين الطبيب والمريض ، كما تبين أن لديهم انطباعات سلبية نحو المشاركة فى برامج الرعاية الصحية مما ينعكس على مستوى جودة الخدمة الصحية فى الأجل الطويل .

كما أوضحت الدراسة أنه لا يوجد دور يذكر للوضع الاجتماعى والواسطة فى الحصول على الخدمة ويعزى هذا الرضا إلى قلة الفوارق الطبقية والاجتماعية حيث إن الأغلبية من المترددين على تلك المستشفيات من شريحة اجتماعية واحدة .

أما بخصوص أبعاد جودة الخدمة الصحية الحكومية من خلال تطبيق مقياس (SERVPERF) فقد أوضحت النتائج بوجود علاقة ارتباط طردية بين أربعة من أبعاد هذا المقياس لمستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية وأخفق المقياس فى إظهار علاقة ذات دلالة إحصائية للبعد الخاص بالتعاطف .

وبذلك تم قبول أربعة أبعاد من خمسة تكون أبعاد الجودة الكلية للخدمة الصحية هى الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، والأمان .



١ - طبيعة المشكلة : -

تواجه قطاعات الخدمات الحكومية تحديات كثيرة لأسباب عديدة من أبرزها ثلاثة أسباب رئيسية تتلخص فى :

أ - ارتفاع مستوى توقعات المواطنين متلقى الخدمة .

ب - تدنى مستوى الخدمة الحكومية وارتفاع تكلفتها .

ج - دخول القطاع الخاص الأجنبى والوطنى كمنافس يتميز بالكفاءة وجودة الخدمة واحترام العميل .

ولقد أصبحت هذه التحديات تشكل اختباراً حقيقياً للمنظمات الحكومية لتحديد مدى قدرتها على التكيف مع هذه المستجدات ، ومع اقتناع المسئولين بأهمية وضرورة التغيير والتطوير ، إلا أن الأجهزة الحكومية تقترب ببطء شديد نحو تطبيق المفاهيم والأساليب الإدارية الحديثة لتطوير وتحسين الجودة والاهتمام بمتلقى الخدمة باعتباره مركز الدائرة لكل نشاطاتها (المنظمة العربية للتنمية الإدارية ٢٠٠٢) .

ولقد دأبت غالبية المنظمات الحكومية على تحديد ما تقدمه من خدمة . سواء بالنسبة لمواقع تقديمها أو الوقت الذى يقدم من خلاله أوالبيئة التى تحيط بالمواطن أثناء تلقى تلك الخدمة دون دراسة لحاجات المواطن المستهدف ، حيث إن الشكل الحكومى لتلك المنظمات وكونها تعتبر نفسها سلطة تعلو سلطة المستهلك الفردى يجعلها فى وضع احتكارى تقرر من خلاله مستوى جودة الخدمة كما يبدو لإدارة تلك المنظمات نفسها ، وهى تعلم فى النهاية أن المتعاملين معها مجبرون على ذلك .

(فؤاد أبو إسماعيل وآخرون ، ٢٠٠٠)

وتعتبر مشكلة الرعاية الصحية من أهم المشاكل التى تواجه الفرد فى ظل الارتفاع المتزايد فى نفقات العلاج ، وقد دأبت وزارة الصحة على دعم وتطوير برامج الرعاية الصحية مثل التوسع فى افتتاح المستشفيات الحكومية فى المناطق النائية والمحرومة ، وكذلك تطوير البعض الآخر من المستشفيات لتصبح أكثر شمولاً فى تقديم الخدمات للمواطنين ، إلا أن تطبيق برامج التحسين المستمر فى جودة الرعاية الصحية لم يصل فى نجاحة إلى ما وصلت إليه القطاعات الأخرى ، حيث تعرضت الخدمات الصحية للعديد من الانتقادات الهادفة إلى التطوير و التحسين فى هذه الخدمة .

وتعد قضية مستوى جودة الخدمات الصحية الحكومية إحدى القضايا التى لم تحظ بالاهتمام أو الدراسة إلا فى السنوات الأخيرة ، ومن هذا المنطلق تتلخص مشكلة البحث فى تقييم المواطنين لجودة الخدمة الصحية الحكومية كمدخل لتطويرها وتحسينها ، حيث إن عملية قياس جودة الخدمات الصحية تفتقر إلى المنهجية العلمية التى تعتمد على قاعدة معرفية بمفهوم جودة الخدمة وأبعادها المختلفة .

لذا فإن قياس جودة هذه الخدمة من خلال دراسة علمية أصبح مطلباً ، وذلك لتلمس جوانب القصور فى هذه الخدمة والمساعدة فى دعمها أو تطويرها ، وأن هذا البحث يسعى إلى تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية الحكومية كما تفترضها إحدى مقاييس جودة الخدمة المختبرة عالمياً وهو مقياس (SERVPERF) وتطبيقه فى قياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر متلقى الخدمة أو المستفيدين منها .

٢ - أهمية البحث : -

إن كثيراً ما يهم الإدارات الحكومية اليوم هو الرقى بخدماتها إلى المستوى الأفضل الذى يحقق أهداف هذه الخدمات بشكل أكثر كفاءة وفاعلية حيث يتزايد الطلب على الخدمات الصحية عاماً بعد عام ، ويواجه القطاع الصحى الحكومى فى مصر كغيره من القطاعات الصحية فى الدول الأخرى ، ارتفاعاً فى تكلفة تقديم الخدمات الصحية ، وعدم القدرة على الاستمرار فى تقديم هذه الخدمات مجانياً مع المحافظة على جودة الخدمات المقدمة .

وبذلك أصبح تطور الخدمة الصحية وتقدمها

مؤشراً عاماً لمدى التطور ونمو البلاد ، وقد أخذ المسئولون على عاتقهم مسئولية تحسين هذا القطاع وتطويره .

وانطلاقاً من أهمية الخدمة الصحية ، فإن هذا البحث تبرز مساهمته التطبيقية فى إلقاء الضوء على أهمية اعتبار رأى وتوجيهات المستفيدين من تلك الخدمة عند التطوير ومعرفة تقويمهم الكلى للجودة ، بحيث تكون منطلقات التحسين فى جودة تلك الخدمة نابعة من وجهة نظر المستفيدين منها وليس من وجهة نظر الإدارة المسئولة عنها .

وهو ما يتيح الفرصة للمسئولين عن إدارة تلك المستشفيات الحكومية للتعرف على نقاط القوة ونقاط الضعف فى الخدمة التى تقدمها ، مما يؤدى إلى عملهم على تأكيد وضمان استمرار نقاط القوة ، وعلاج نقاط الضعف بالشكل الذى يؤدى إلى تطوير مستوى الأداء ، وتحقيق أهدافها بشكل أفضل .

كما تبرز أهمية هذا البحث من الناحية النظرية فى ثلاثة جوانب رئيسية هى :-

أ - هذا البحث هو الأول حسب علم الباحث الذى قام بتطبيق واختبار مقياس (SERVPERF) فى قطاع الخدمة الصحية ، فلا توجد محاولات لاستخدامه فى مجال قياس جودة الخدمة الصحية فى الدراسات السابقة فى هذا المجال صحيح يوجد عدة دراسات كلها تم استخدام مقياس (SERVQUAL) ونظراً للانتقادات الموجهة لهذا المقياس ، فقد خلص (Croninet and Taylor) إلى أن مقياس (SERVPERF) أفضل المقاييس فى قياس جودة الخدمة وبناءً على هذه التوصية فقد حرص الباحث على استخدامه.

ب - يساهم هذا البحث فى وضع إطار علمى ونموذج نظرى للأبعاد التى تتضمنها جودة الخدمة فى القطاع الصحى .

ج - هذا البحث يضيف بعداً للمقياس وذلك بتطبيقه فى جمهورية مصر العربية كبيئة مختلفة عن البيئة الغربية التى تم تصميم المقياس واختباره فيها ، وهذا يؤكد على أهمية إجراء المزيد من البحوث للتأكد من مدى إمكانية تطبيق المقياس على أنواع متعددة من الخدمات .

٣ - أهداف البحث : -

يتمثل الهدف الأساسي لهذا البحث فى تقييم المواطنين لجودة الخدمات الصحية الحكومية فى جمهورية مصر العربية ، من خلال تقييم المستفيدين للخدمات التى تقدمها تلك المستشفيات ، أى من وجهة نظر المتعاملين معها وذلك باستخدام مقياس جودة الخدمة (SERVPERF) والذى طوره العالمان (Cronin and Taylor. 1992) .

الأمر الذى يمكن أن يساعد إدارات المستشفيات الحكومية فى رفع مستوى الخدمات الصحية ، والعمل على تحسينها ، وبشكل أكثر تحديداً فإن الدراسة تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية :

١ - معرفة توجهات المواطنين نحو جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الحكومية من ناحية نظم وإجراءات العمل ، وأسلوب تعامل الطبيب مع المريض ، ودور الوساطة فى الحصول على الخدمة ،ومدى مشاركة المواطنين فى برامج الرعاية الصحية .

٢ - الاستفادة من مقياس جودة الخدمة لدراسة وتقويم مستوى جودة الخدمات الصحية الحكومية وتحديد أبعادها .

٣ - الكشف عن جوانب القصور فى أبعاد جودة الخدمات الصحية الحكومية .

٤ - اختبار مقياس (SERVPERF) فى جمهورية مصر العربية كبيئة جديدة ومعرفة مدى مساهمته فى تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية فى هذه البيئة.

٤ - ١ لخلفية العلمية والدراسات السابقة : -

أصبحت الجودة مدار اهتمام منظمات الخدمات باعتبارها أداة هامة لتحقيق ميزة تنافسية وضمان رضا العميل ، وقد عزز هذا الاتجاه ظهور الدراسات التى استهدفت وضع معايير يمكن الاعتماد عليها لتحديد الجوانب المختلفة لمفهوم وأبعاد وسمات جودة الخدمة ، فقد أكد على سبيل المثال مسح إحصائى على شركات أمريكية مختارة بأن الجودة ورضا العميل قد اعتبرا من قبل المديرين عناصر هامة أو هامة للغاية (Thomas and Brown, 1990) .

كما أظهرت إحدى الدراسات الميدانية أن هناك علاقة طردية بين الجودة والعائد المالى للمنظمة (الربحية) (Buzzel and Gale. 1987) ، كما تعتبر جودة الخدمة عنصراً حاسماً لتحديد الموقف التنافسى وتحقيق التميز ، فتلك المنشآت ذات الجودة العالمية مؤهلة بأن تمتلك حصة سوقية أكبر وعائداً على الاستثمار أكبر من تلك المنشآت ذات الجودة المنخفضة (Ghobadian, Speller & Jones, 1998) .

وسوف نتناول فى هذا الجزء أهمية جودة الخدمة من خلال رأى متلقى الخدمة ، والجودة فى الخدمة الصحية ومبررات الاهتمام بها ، وأبعاد وجودة الخدمة ، وطبيعة المقياس المستخدم فى الدراسة ثم أخيراً الدراسات السابقة فى مجال الدراسة الحالية .

٤ /١/١ - أهمية جودة ا لخدمة من خلال رأى متلقى ا لخدمة : -

أكدت نتائج دراسات عديدة على أن تبنى استراتيجية فعالة للجودة من خلال رأى متلقى الخدمة ، يعتبر أحد العوامل الهامة لتحسين الأداء الكلى فى المؤسسات الخدمية .

(Kanji ct al., 1999: Kanji & Tambi, 2000)

كما يرى (Disney, 1999) أن جودة الخدمة يجب أن تعرف بواسطة العميل (متلقى الخدمة) حيث إن العميل المشبع والراضى يعتبر وسيلة رئيسية لا غنى عنها فى خلق ميزة تنافسية فى بيئة الأعمال ، لذا يجب أن ينصب اهتمام المنشأة على تحقيق رضا وولاء العميل من خلال إشباع احتياجاته ، كما يضيف (Payne, 1998) أن الممارسين فى الواقع ما يقيسون جودة الخدمة من خلال الطلب إلى العملاء بتحديد مدى رضاهم عن الأداء الحالى لجودة الخدمة المقدمة .

فى حين يرى (Al Brecht and Zemke, 1995) أن تقييم العملاء للجودة قد تزايد بمعدلات ملحوظة كما أصبح العملاء أكثر انتقاداً لمستوى جودة الخدمات المقدمة إليهم ، فالعملاء يسعون إلى الأفضل دائماً ، ويطالبون بالمزيد بصفة مستمرة ويرجع ذلك إلى ارتفاع مستويات الدخول وأيضاً المستوى التعليمى والثقافى لديهم .

ومن بين الدراسات التى قام بها (Kline, 1996) بخصوص أهم الفوائد التى يمكن أن تحققها المؤسسات الحكومية فى الولايات المتحدة من وراء تبنى برنامج فعال لتحسين الجودة ، حيث أكدت النتائج أهمية الجودة فى زيادة الإنتاجية ، التقليل من البيروقراطية ، تخفيض التكلفة فضلاً عن مساعدة الدولة فى حماية اقتصادها ، وزيادة الكفاءة .

أما فى الدراسة الشهيرة التى قام بها (Pike & Barnes, 1998) فى قطاع الخدمات أوضح أن الاهتمام بجودة الخدمة يؤدى إلى تخفيض عدد الشكاوى ، تخفيض تكلفة الجودة ، زيادة النصيب السوقى ، تقليل عدد الحوادث فى بيئة العمل ، زيادة رضا العملاء ، زيادة الكفاءة وتقليل التكلفة ، زيادة الربحية ، جذب عملاء جدد لديهم الرغبة فى دفع أتعاب أكبر مقابل الحصول على خدمة متميزة فضلاً عن تحقيق ميزة تنافسية فى السوق .

كذلك فى الدراسة التى أعدها (Counte et al., 1992) عن مدى تأثير الجودة على آداء مقدمى الخدمة فى قطاع الخدمات الصحية ، حيث أوضحت النتائج أن الأفراد الذين شاركوا فى برامج تدريبية عن الجودة كانوا أكثر رضا عن وظائفهم ، فضلاً عن وجود

اتجاهات إيجابية لديهم بخصوص المناخ التنظيمى ، وأكثر إقتناعاً بمبادئ الجودة الشاملة وكل هذة الاتجاهات تؤثر بشكل إيجابى على تميز أدائهم فى الواقع العملى .

وفى نفس الاتجاه قام (Baldwin, 1996) بدراسة على المستشفيات الحكومية غير الهادفة للربح وقد أسفرت نتائجها على أن الاهتمام ببرامج تحسين الجودة قد ساهم فى تخفيض معدل دوران العمالة إلى أقل من ٤٪ (كان المعدل السابق يتراوح بين ١٥٪ - ٢٠٪ قبل تطبيق إدارة الجودة الشاملة) .

ولا شك يرى الباحث أن المحاولة المستمرة للتعرف على مدى جودة الخدمة المقدمة بناءً على مدى إدراك متلقى الخدمة لها تجعلنا أقدر على معرفة دائمة بمستوى الخدمة المقدمة ومدى رضاء العميل عنها ، كما تفيد المعلومات المستقاة فى تقييم أداء مقدمى الخدمة ، ومساعدة المدراء على التركيز على جوانب معينة وفقاً للمعلومات المتحصل عليها من أجل توجيه ونصح وإرشاد مقدمى الخدمة والتى قد تساعد على تيسير تقديم خدمة أفضل .

٤ /٢ / ١ - الجودة فى ا لخدمة الصحية : -

أكدت دراسة (Palmer et al., 1991) أن مفهوم الجودة فى الخدمات الصحية يختلف من شخص إلى آخر ، وذلك حسب موقع الشخص من المنظمة الصحية ، فالجودة لدى مقدم الخدمة تعنى الالتزام بمعايير الجودة الطبية عندً تقديم الرعاية الصحية بهدف تحقيق النتائج المرجوة فى حين يرى المريض أنها درجة الرعاية التى يقابلها هو نفسه ، كما أن إدارة المنظمة الصحية قد ترى أن الجودة هى الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المرضى وبالتكلفة الأقل .

وقد أكدت دراسة (Greenberg & Lezzoni, 1995) على أنه ليس من السهل تعريف الجودة خاصة فى القطاع الصحى ، وذلك لطبيعة الصحة ، حيث إنها موضوع شخصى خاص بالمريض ، ويختلف حوله الأفراد باختلاف توقعاتهم وتقديراتهم الشخصية .

كما إن هناك ثلاثة جوانب فى جودة الخدمة الصحية هى : (Monica, 1994)

الأول : فنى ذو صلة بتطبيق العلوم والتقنية الطبية للتعامل مع مشكلات الخدمة الصحية للمريض.

الثانى : جانب إنسانى ذو صلة بالعلاقات الاجتماعية والنفسية بين المريض ومقدم الخدمة .

الثالث : يتعلق بتحقيق احتياجات المريض من الكماليات .

بينما ترى منظمة الصحة العالمية أن الجودة فى الخدمة الصحية تعنى التوافق مع المعايير والأداء السليم بأسلوب آمن ومقبول من المجتمع وبتكلفة مقبولة ، بهدف تقليل نسبة المرضى ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية. (عادل أخضر ١٩٩٤) .

بينما يرى (Brown, 1997) أن الجودة فى الخدمة الصحية هى الدرجة التى تكون عندها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات قادرة على زيادة احتمال تحقيق النتائج المرغوبة ، على أن تساير تلك الخدمات المعرفة المهنية الراهنة المصاحبة للممارسة الأفضل .

ومما سبق يمكن تعريف الجودة فى الخدمة الصحية بأنها السعى نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة ، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية الأولى هى تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ، والثانية تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية أى ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبياً ، والثالثة هى تتركز على جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمة الصحية على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المنظمة الصحية .

وأن هذا البحث سوف يركز على الجانب الأول من الجودة فى الخدمة الصحية وهى تحقيق الجودة من وجهة نظر متلقى الخدمة الصحية .

٤ /١ / ٣ - مبررات الاهتمام بجودة ا لخدمات الصحية الحكومية : -

إن الاهتمام بالجودة الصحية الحكومية حدث حينما نشر كتاب « السعى نحو التميز » In Search of Ex-cellence الذى شهد اهتماماً واسعاً والذى كان له الفضل فى اعتبار الجودة الهدف المحورى للعمل الإدارى ، وفى هذا الكتاب وما تلاه من كتابات ، تم ربط التميز بعدة خصائص تتسم بها المنظمة من أهمها" التوجه بالعميل Customer Orientation ، وقد مهدت هذه الأفكار الطريق لظهور فكر جديد تابع من إدارة صنع الخدمة .

وإن من أهم الأسباب الداعية للاهتمام بجودة الخدمات الصحية الحكومية هو قدرتها على تجنب المنشآت الصحية التكلفة المترتبة على تقديم خدمات صحية بجودة متدنية ، وقدرتها على تحسين الأداء المالى وتخفيض مصروفات الخدمة الصحية .

(Broyles & Al-Assaf, 1999, and Bin Saeed, 1999)

وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات (Attree, 1996) بالإضافة إلى أن الجودة تقوم على تخفيض التكلفة وتحسين رضا العملاء (Ovretveit, 1990) ويمكن القول إن المنظمات التى ستتمكن من البقاء فى ظل المنافسة الشديدة هى تلك التى تتبنى خططا استراتيجية ترتكز على تحقيق الجودة (Dew, 1997) ، وقد ذكرت دراسة (حنان الأحمدى ، ٢٠٠١) أنه قد تزايد الاهتمام بتطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الولايات المتحدة الأمريكية فى النصف الثانى من التسعينات وخاصة بعد أن اشترطت الهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات ضرورة تبنى منهج إدارة الجودة الشاملة بدلاً من ضمان الجودة ضمن المعايير الأساسية لاعتماد المستشفيات ، بحيث يكون هناك آلية واضحة للتحسين المستمر ، وإمكانية قياس وتوثيق النتائج بما يتفق مع مبادىء إدارة الجودة الشاملة .

٤ / ١ / ٤ - أبعاد جودة ا لخدمة : -

تتفق الدراسات على أن مفهوم جودة الخدمة ينعكس من خلال تقييم العميل أو المستفيد من الخدمة لدرجة الامتياز أو التفوق الكلى فى أداء الخدمة (Bolton & Drew, 1991: Cronin & Taylor, 1992: Berry et al., 1985: Zeithaml et al., 1990) Palmer et al., 1991)

كما تتفق هذه الدراسات على أن جودة الخدمة من المفاهيم المجردة التى يصعب تعريفها بدقة ، وذلك بسبب الخصائص التى تنفرد بها الخدمات مقارنة بالسلع المادية ، وبذلك فإن المحاولات الخاصة بتحديد الأبعاد التى تتكون منها جودة الخدمة متعددة ومتنوعة (ثابت إدريس ، ١٩٩٦) على سبيل المثال يرى (Swan & Comb, 1976) أن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما الجودة المادية والتى تتضمن الجوانب المادية الملموسة التى يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة والجودة التفاعلية وهى تمثل أداء العملية الخدمية ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمنظمة مع العملاء على حين يرى (Sasser et al., 1979) أن هناك ثلاثة أبعاد للخدمة هى العناصر المادية ، التسهيلات ، الأفراد .

ويضيف (Lehtinen & Lehtinen, 1982) بعدا ثالثاً فى قياس جودة الخدمة إلى البعدين اللذين حددهما (Swan & Comb) وهو جودة المنظمة والتى تتعلق بصورة المنظمة أو الانطباع الذهنى عنها فى نظر العميل .

ويرى (Gronroos, 1984) أن هناك ثلاثة أبعاد رئيسية للجودة هى الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، سرعة الاستجابة ومساعدة العملاء ، الثقة ، التعاطف مع العميل .

وقد توصل (Berry et al., 1985) لعشرة أبعاد لجودة الخدمة هى النواحى المادية الملموسة فى الخدمة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الاتصالات ، المصداقية ، الأمان ، الجدارة ، التعاطف ، وتفهم احتياجات العملاء ، وسهولة التعامل ، وقد تمكن (Parasuroman et al., 1988) بعد ذلك من دمج هذه الأبعاد فى خمسة أبعاد فقط هى : الاعتمادية أو الثقة ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف ، الجوانب الملموسة ، وذلك للحكم على جودة الخدمة .

وفى دراسة فى مجال الخدمات (Banks, 1991) توصل إلى ستة أبعاد لقياس جودة الخدمة : ... تقديم

الخدمة فى الوقت المناسب ، حسن التعامل ، التعاطف . التأكيد ، الأتعاب المهنية ، الاستثناءات .

ويرى الباحث أن الجودة مفهوم متعدد الأبعاد وهذه التعددية تمثل بعض أسباب وجود العديد من التعريفات التى تصنف معنى الجودة فضلاً عن وجود العديد من الطرق والأساليب التى تقاس بها مستويات تلك الجودة .

٤ /١/ ٥ - قياس جودة الخدمة : -

تعددت محاولات قياس وتقييم جودة الخدمة ، ويرجع سبب ذلك إلى طبيعة الخدمات ذاتها والتى تواجه صعوبات عديدة لقياسها مقارنة بقياس جودة السلع (Chobadian et al. 1998) ، وبالرغم من الصعوبات التى تواجه قياس جودة الخدمات إلا أن هناك عدة دراسات ساهمت فى وضع أطر ومعايير علمية وعملية لقياس جودة الخدمة ، كما أن هناك اتفاقاً عاماً بين الباحثين والممارسين فى هذا المجال على أنه يوجد أسلوبين رئيسيين لقياس جودة الخدمة .

الأسلوب الأول : مقياس الفجوة

(SERVQUAL Measure)

وينسب هذا المقياس إلى (Parasuraman et al., 1988) حيث قدم المقياس الشهير المسمى (SERVQUAL) والذى كان نقطة تحول فى أدبيات جودة الخدمة ، وقد مضى عقد من الزمن عندما ظهر هذا المقياس ومنذ ذلك الحين والمقياس يستخدم بصورة واسعة وانتشار كبير.

ويعتمد هذا المقياس على مقارنة توقعات العملاء للخدمة وإدراكهم لمستوى جودتها بالفعل ومن ثم يتم تحديد الفجوة بين هذه التوقعات والإدراكات ويمكن التعبير عنه بالمعادلة التالية :

جودة الخدمة = التوقعات ـ الأداء

ويتكون المقياس وفق ما صممه (Parasuraman et al., 1988) من خمسة أبعاد لقياس الانطباع حول جودة الخدمة وهى الجوانب المادية الملموسة ، الاعتيادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف .

كما يتكون هذا المقياس من مجموعتين ، كل مجموعة تضم (٢٢) عبارة تهدف المجموعة الأولى إلى قياس توقعات العملاء لخدمة المنشأة ، بينما تهدف المجموعة الثانية إلى قياس اتجاهات العملاء نحو أداء المنشأة ، وكلاهما يستخدم مقياس ليكرت ذى السبع نقاط ، وبطرح الفرق بين الإجابات (الأداء ـ التوقعات) يتم تحديد الفجوة للأبعاد الخمسة من المقياس .

وبعد أن واجه مقياس (SERVQUAL) بعض الانتقادات قام (Parasuraman et al.,) بإضافة مجموعة ثالثة لقياس الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة للعملاء ، واستخدمت هذه الدرجات لوزن جودة الخدمة لكل بعد من أبعاد الجودة الخمسة ، وذلك سعياً من (Parasuraman et al.,1991) للوصول إلى نتيجة تقيس جودة الخدمة بدقة أكبر .

وبناء على الاختبارات العديدة لهذا المقياس والمراجعة والتعديلات المتكررة له يذكر مصمموه أن مقياس (SERVQUAL) مقياس معتمد وصادق لقياس جودة الخدمة ، كما يؤكدون أنه بالإمكان تطبيقه فى كثير من مجالات الخدمة ، وما يحتاج إليه الأمر أحياناً هو تغيير لبعض العبارات لتتناسب مع نوع الخدمة المراد قياس جودتها (Parasuraman et al.,1991, 1993 , 1994)

الأسلوب الثانى : مقياس الأداء الفعلى للخدمة

(SERVPERF)

وقد جاء نتيجة الانتقادات التى وجهت من جانب بعض الباحثين إلى نموذج الفجوة مثل تعقد العمليات الحسابية التى ينطوى عليها ، وضعف قدرته على التنبوء ، وتأسيسه على نموذج الرضا وليست الاتجاهات بالإضافة إلى تفادى مقدرته على تفسير الاختلافات فى مكونات الجودة من صناعة إلى أخرى.

(Teas, 1993 and 1994 ‘ Cronin & Taylor, 1992 & 1994 ‘ Babakus & Boller, 1992)

وقد نجحت بعض الدراسات فى تأكيد قياس مقياس (SERVPERF) ومصداقيته فى التطبيق العملى (إدريس والمرسى ١٩٩٣ ;Babakus & Boller, 1992

Boulding et al., 1993; Edris & Chais, 1996; Mc Alexander et al., 1994)

وبالرغم من ذلك إلا أنه مازال هناك جدل مثار حول فاعلية كل من هذين المقياسين لجودة الخدمة حيث هناك مؤيد ومعارض لكل مقياس منهما ، مما يتطلب الأمر القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية للمساهمة فى الحد من الجدل المثار ، وهذا ما تحاول الدراسة الحالية استخدام نموذج (SERVPERF) للتعرف على تقييم المواطنين لجودة الخدمة الصحية الحكومية.

٤ /١ / ٦ - طبيعة مقياس الأداء الفعلى : - (SERVPERF)

على الرغم من القبول والانتشار الواسع لمقياس (SERVQUAL) إلا أنه واجه العديد من الانتقادات ، ومن أشهر هذه الانتقادات دراسة (Cronin & Taylor, 1992) والتى قدما من خلالها مقياساً جديداً (SERVPERF) فاعتماداً على مراجعة لنماذج قياس جودة الخدمة ورضا العملاء توصل الباحثان إلى مقياس الأداء الفعلى والذى يعكس بصورة أدق آراء العملاء نحو جودة الخدمة ، فى حين أن التوقعات ليست جزءاً من هذا المفهوم ، وأن جودة الخدمة يمكن الحكم عليها بشكل مباشر من خلال اتجاهات العملاء ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة الآتية : -

(جودة الخدمة = الأداء

(Service Quality= Performance

وقد تم من خلال دراسة (Cronin & Taylor, 1992) إجراء اختبار لأربعة نماذج لقياس جودة الخدمة هى :

١ - SERVQUAL جودة الخدمة = الأداء - التوقعات .

٢ - Wieghted SERVQUAL جودة الخدمة = الأهمية (الأداء - التوقعات) .

٣ - SERVPERF جودة الخدمة = الأداء .

٤ - Wieghted SERVPERF جودة الخدمة = الأهمية × الجودة .

وباستخدام نفس المقياس والجمل التى استخدمت فى دراسة (Parasuraman, 1988) خلص (Cronin & Taylor) إلى أن مقياس (SERVPERF) الأداء فقط يعتبر أفضل المقاييس الأخرى .

ووجه الاختلاف فى هذا المقياس أنه يستبعد فكرة الجودة بين الأداء والتوقعات ويركز فقط على الأداء لقياس جودة الخدمة ، إلا أنه فى نفس الوقت يستخدم نفس الأبعاد الخمسة الموضحة من قبل (Parasuraman et al.,1988) وهى الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف .

أما الأبعاد الخمسة لمقياس (SERVPERF) فقد تم قياسها وفقاً للتعريفات الإجرائية لهذه الأبعاد كما تظهر فى دراسة (Ghabadian et al., 1994) كالآتى : -

١ - **الجوانب المادية الملموسة** : يرتبط هذا البعد بالجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة ، وذلك من التجهيزات المسهلة لتقديم الخدمة ، والحالة العامة للمبانى ، ومظهر العاملين وحداثة الآلات .

٢ - **الاعتمادية** : هى القدرة على تقديم الخدمة فى الوقت المحدد وبالدقة المطلوبة ومدى وفائها بالالتزامات .

٣ - **الاستجابة** : هى القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوى والاقتراحات والمبادرة فى تقديم الخدمة بصدر رحب .

٤ - **الأمان** : هو الاطمئنان بأن الخدمة تخلو من الخطأ أو الخطر أو الشك شاملاً الاطمئنان النفسى والمادى .

٥ - **التعاطف** : هو إبداء روح الصداقة والحرص على العميل وإشعاره بأهميته والرغبة فى تقديم الخدمة حسب حاجاته .

وبذلك ينصح الباحثان (Croninet & Taylor) باستخدام هذا المقياس فى العديد من المجالات نظراً لتميزه أولاً بالسهولة فى التطبيق ، والبساطة فى المقياس ، كما أن هذا المقياس يركز على قياس الأداء الفعلى للخدمة باعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات ، كما يتميز هذا المقياس بارتفاع درجة المصداقية والواقعية لأنه يستبعد عمليات الطرح بين توقعات العميل وإدراكه لمستوى جودة الخدمة .

(Robinson, 1999; Anour & Nataraajan & Jahera, 1999)

ومثل هذه النتائج تعطى تأكيداً لدراسة (Bolton & Drew, 1991) والتى توصلت إلى صعوبة استخدام مقياس (SERVQUAL) لقياس جودة الخدمة فى الواقع العملى وأن قياس الأداء الفعلى يعتبر كافياً للحكم على جودة الخدمة المقدمة ، واعتبار الرضا أحد الجوانب المؤثرة فى الحكم على الجودة ، وهو ما يتفق مع الدراسات الحديثة التى انتقدت مقياس SERVQUAL والتى تم الإشارة لها سابقاً .

وبناء على التوصية الخاصة بدراسة (Cronin and Taylor) تم تبنى مقياس (SERVPERF) واستخدامه فى عدد من مجالات الخدمة وفى بيئات مختلفة .

٤ / ٢ - الدراسات السابقة : -

لقد كان موضوع تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لجمهور المواطنين مجال العديد من الدراسات ، وخاصة فى الدول التى تقدم فيها الخدمات الصحية من قبل القطاع الخاص مثل الولايات المتحدة ، حيث تتعدد وحدات هذا القطاع وتأثير التنافس ويلعب الربح دوراً مهماً فى استمرار هذه المنظمات ونموها وتطور مستوى جودة الخدمات التى تقدمها .

فى دراسة قام بها (Donabedian, 1984) أوضحت بأن الهدف النهائى للخدمات الطبية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض مشيراً إلى أن متغير الرضا من قبل المستفيدين من الخدمات الصحية يعتبر عنصراً مهما من عناصر الصحة النفسية للمريض والتى تنشد الخدمات الصحية الوصول إليها كمؤشر أساسى على مستوى جودة أدائها الفعال .

وانسجاماً مع هذا التوجه فقد أوضحت دراسة (Doreing, 1986) أهمية دراسة رضا المستفيدين من الخدمات الصحية والتعرف على آرائهم حول تلك الخدمات من منطلق أن المريض الراضى أكثر تعاوناً مع الطاقم الطبى وأكثر قبولاً وتنفيذاً لتوصياتهم وتوجيهاتهم من المريض غير الراضى .

أجريت عدة دراسات فى المملكة العربية السعودية للتعرف على آراء المستفيدين حول بعض جوانب الخدمة الصحية مثل دراسة العلاقة بين المريض وجهاز الأطباء والتمريض ومدى توافر الاتصال الفعال بينهما ، وقد أوضحت الدراسة أن جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين تعتمد على جودة الاتصال والتفاعل بين المريض وطاقمى الأطباء والتمريض وعلى مدى التزام المريض بتوصيات الطبيب وتوجيهاته (أحمد مصطفى ، ١٩٨٤) .

أما دراسة (فهاد الحمد وآخرين ، ١٩٩٢) ركزت على معرفة المهمة التى تشكل مصدراً لرضا المواطنين على مستوى جودة الخدمات الصحية وذلك لأن معظم الدراسات تناولت جوانب مختلفة ومتباينة من جوانب الخدمات الصحية لقياس مستوى رضا المستفيدين .

وفى دراسة (Al-Sahmmari, 1993) أجريت على عينة عشوائية من المستفيدين من خدمات المراكز الصحية فى مدينة الرياض لمعرفة أثر فترة المشاورة الطبية التى تتم بين الطبيب والمريض ، وقد خلصت الدراسة إلى أن قصر تلك الفترة من أهم العوامل التى تؤثر سلباً على جودة الخدمات الصحية التى تقدمها تلك المراكز ، كما خلصت الدراسة إلى أن الاتصال الجيد وإعطاء المريض فرصة طويلة نسبياً لعرض حالته المرضية ومنحه وقتاً مناسباً من وقت الطبيب غالباً ما يؤدى إلى الشفاء فى كثير من الحالات مما ينعكس على جودة الخدمة الصحية .

أما فيما يتعلق بمقياس (SERVPERF) والذى كان نقطة تحول فى أدبيات جودة الخدمة فقد أكدت عدد من الدراسات مصداقيته وواقعيته ، كما تم استخدامه فى عدد من مجالات الخدمة فى أكثر من بيئة ، فعلى سبيل المثال فقد قام (الشميمرى ، ٢٠٠١) باختبار النموذج لقياس جودة الخدمات البريدية فى المملكة العربية السعودية ، وقد أظهرت النتائج الخاصة بالبحث إمكانية الوثوق بالمقياس لتحديد أبعاد الخدمة البريدية فى السعودية ، حيث تم قبول أربعة

من أبعاده الخمسة لتكوين أبعاد الجودة الكلية للخدمة وهى الجوانب المادية الملموسة والاعتمادية والاستجابة والأمان ، وقد أخفق المقياس فى إظهار تأثير ذى دلالة إحصائية على التعاطف على الجودة الكلية للخدمة .

كما قام (Angur et al., 1999) باختبار نموذج (SERVPERF) لقياس جودة الخدمات المصرفية من خلال عينة من عملاء بنكين رئيسيين فى الهند ، وقد تم استخدام نفس عناصر المقياس التى استخدمها (Cronin & Taylor, 1992) وذلك لمعرفة مدى قدرة المقياس على التعرف على أبعاد الخدمة المصرفية فى بيئة أخرى ، وقد أكدت نتائج البحث على أن الخدمة المصرفية متعددة الأبعاد ، كما لم يظهر البحث اختلافات ذات دلالة إحصائية بين المقياسين فيما يخص قدرتهما على التنبوء ، إضافة إلى ذلك فقد بين البحث أن مقياس (SERVPERF) يتمتع بمصداقية أكبر من مقياس (SERVQUAL) .

أما دراسة (Ingram & Daskalakis, 1999) فقد قاما باستخدام مقياس (SERVPERF) للتعرف على أبعاد جودة الخدمة الفندقية من خلال إجراء الدراسة على (٢٠٠) عميل لعشرة فنادق فئة الخمسة نجوم فى جزيرة كريت اليونانية ، حيث أثبتت الدراسة مصداقية المقياس ، وقد أظهر النموذج أن القائمين على الفنادق يعتنون بالدرجة الأولى بالجوانب المادية الملموسة ، رغم ذلك فقد أشارت الدراسة إلى أن هذا البعد لا يمثل الأهم فى المقياس مقارنة بالأبعاد الأخرى كالاستجابة والتعاطف .

وفى دراسة شبيهة قام بها (Gabbie & Oneil 1999) لقياس جودة الخدمة فى الفنادق فى آيرلندا شملت عينة مختارة من فنادق ذات درجات مختلفة ، وقد أظهرت نتائجها قدرة مقياس (SERVPERF) على تحديد الأبعاد المحددة لجودة الخدمة مع الاعتراف بتفاوت أهمية الأبعاد ، حيث اتضح أن الجوانب المادية الملموسة تحتل البعد الأهم بالنسبة لعملاء الفنادق المختلفة.

أما دراسة (Mehata & Durvasula, 1998) استخدم مقياس (SERVPERF) لقياس جودة خدمات النقل البحرى فى ميناء سنغافورة ، وقد شملت العينة (١١٤) منشأة وخلصت الدراسة إلى نواحى القوة والضعف فى أبعاد جودة الخدمة الخمسة ، حيث إن الجوانب المادية الملموسة لخدمة النقل البحرى ، والمقدمة لمنشآت الأعمال سجلت أضعف مستوى مقارنة بباقى الأبعاد ، بينما الأمان والاستجابة والاعتمادية والتعاطف على التوالى قد حققت مستوى ارتباط قوى مع مستوى الجودة الكلية للأداء .

٤ /٣ - التعليق على الدراسات السابقة : -

أوضحت الدراسات السابقة أن هناك اهتماماً متزايداً فى السنوات الأخيرة من جانب منظمات الخدمات بجودة الخدمة المقدمة وتأثيرها فى التمايز وكسب رضاء العملاء ، ومن هنا ظهرت مشكلة كيفية قياس هذه الجودة وتقييمها .

وفى منتصف الثمانينيات بدأت تتبلور الجهود البحثية حول مفاهيم وأبعاد وعناصر جودة الخدمة فى شكل محاولات لتصميم مقاييس موضوعية علمية يمكن الاعتماد عليها لقياس جودة الخدمة وذلك استجابة للحاجة الملحة للباحثين والممارسين لوجود مثل هذه المقاييس .

وقد أسفرت هذه الجهود على وجود مقياسين رئيسيين لقياس الجودة الكلية للخدمة المقدمة من جانب العملاء (المواطنين) وهى مقياس الإدراكات / التوقعات (SERVQUAL) ، ومقياس الأداء الفعلى (SERVPERF) ، وبرغم من اتفاق هذين المقياسين على الأبعاد الرئيسية لقياس مظاهر الجودة الكلية للخدمة (الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف) إلا أنهما اختلفا من حيث طريقة القياس ، الأمر الذى جعل من ثبات ومصداقية وصلاحية كل منهما مجال جدل ، وأصبحت الحاجة ملحة إلى مزيد من الدراسات التطبيقية لكل من المقياسين فى قطاعات خدمية متنوعة ، وتعد الدراسة الحالية محاولة لتطبيق مقياس

(SERVPERF) لقياس جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية من وجهة نظر المستفيدين منها .

٥ - فرضيات البحث : -

استناداً إلى مراجعة البحوث والدراسات السابقة سواء كانت ذات علاقة مباشرة بجودة الخدمة الصحية ، أو ذات علاقة بمقياس جودة الخدمة المستخدم (SERVPERF) ، فإن البحث يقوم على اختبار فرضين أساسيين : -

الفرض الأول :

يتعلق بتقييم المواطنين لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من قبل المستشفيات الحكومية فيما يتعلق بنظم وإجراءات العمل ، وأسلوب تعامل الطبيب مع المريض ، ودور الوساطة فى الحصول على الخدمة ومدى مشاركة المواطنين فى برامج الرعاية الصحية ، وقد تم تطوير هذا الفرض كما يلى: -

إن تقييم المواطنين لمستوى الجودة الكلية للخدمات الصحية المقدمة لهم فعلياً من قبل المستشفيات الحكومية يدل على أن مستوى جودتها منخفض .

الفرض الثانى :

إن الجودة الكلية للخدمة الصحية الحكومية التى تقاس عبر تقويم أداء المواطنين من وجهة نظر المستفيدين تعتمد على خمسة أبعاد وفقاً لمقياس جودة الخدمة (SERVPERF) وهى الجوانب المادية الملموسة ، والاعتمادية والاستجابة ، والأمان ، والتعاطف .

وتتناسب هذه الأبعاد تناسباً طردياً مع الجودة الكلية للخدمة ، وبناء عليه فقد تم تطوير هذا الفرض ويمكن التعبير عنه بالفروض الفرعية التالية : -

أ - كلما توافرت الجوانب المادية الملموسة زادت الجودة الكلية للخدمة الصحية .

ب - كلما زاد مستوى الاعتمادية زادت الجودة الكلية للخدمة الصحية .

ج - كلما زاد مستوى الاستجابة كلما زادت الجودة الكلية للخدمة الصحية .

د - كلما زاد مستوى الأمان زادت الجودة الكلية للخدمة الصحية .

هـ - كلما زاد مستوى التعاطف مع المستفيدين من الخدمة الصحية زادت الجودة الكلية للخدمة الصحية .

٦ - منهج البحث : -

تم استخدام المنهج الوصفى التحليلى ، حيث يفترض أن جودة الخدمة الكلية من وجهة نظر المواطنين المستفيدين ، تعتمد على جوانب خمسة كما اقترحها (Parasuraman et al., 1988) وذلك باستخدام مقياس (SERVPERF) وهذه الأبعاد تشمل الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف ، وفيما يلى عرض للأسلوب الذى تم استخدامه فى هذا البحث ، ويتضمن تحديد مجتمع البحث والعينة ، تصميم وسيلة جمع البيانات ، جمع البيانات ، جدولة وتحليل البيانات وأخيراً حدود البحث .

٦ / أ - مجتمع وعينة البحث : -

تحدد مجتمع البحث من المواطنين المستفيدين من الخدمة الصحية من المستشفيات الحكومية فى جمهورية مصر العربية (*)، ونظراً لتعدد أنواع المستشفيات الحكومية (مستشفيات حكومية - مستشفيات ذات طبيعة خاصة مثل الشرطة والقوات

---

* المستشفى الحكومى هو الذى يدار بواسطة سلطة عامة ، أى مستشفى مملوكة ملكية عامة وفى بعض الأحيان يكون المستشفى تابعاً رأساً لوزارة الصحة كواحدة من المستشفيات التى تملكها ، وقد يكون مملوكاً أو يدار بواسطة منظمة أخرى من منظمات الإدارة العامة .
هذا وقد تكون ميزانية المستشفى داخلة ضمن ميزانية وزارة الصحة أو ميزانية ملحقة بميزانية إحدى الجهات الحكومية مثل ميزانية المستشفيات التعليمية والتى تعتبر ميزانية ملحقة بميزانية الجامعة التى عادة ما تمتلكها الدولة ، وعلى الرغم من ذلك فقد تحاول هذه المستشفيات تغطية بعض التكاليف من رسوم رمزية تحصل من المنتفعين بخدمتها ،
وعموماً فإن المستشفيات الحكومية تحمل طابع الخدمة العامة وتتمتع لذلك بالصبغة الرسمية وعادة ما تضم بداخلها تخصصات متعددة لخدمة أكبر عدد ممكن من المواطنين فى المنطقة المحيطة بها .

مستشفيات ذات طبيعة خاصة مثل الشرطة والقوات المسلحة ـ مراكز رعاية الأمومة والطفولة ـ عيادات مدرسية) ، فقد تقرر تحديدها لتكون قاصرة على المستشفيات الحكومية فقط .

وقد تم اختيار ستة من المستشفيات الحكومية غير المتخصصة وهى (أحمد ماهر التعليمى ـ القصر العينى التعليمى الجديد ـ المنيل الجامعى ـ عين شمس التخصصى ـ أم المصريين العام ـ بولاق الدكرور العام) ، وذلك على أساس متوسط عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية لتلك المستشفيات والمعالجين داخلها ، وقد تم اختيار المستشفيات الستة الواقعة جغرافياً فى حدود نطاق محافظتى القاهرة والجيزة ، وذلك نظراً للكثافة العالية من المواطنين المستفيدين من خدمات تلك المستشفيات ولتسهيل عملية جمع البيانات .

ونظراً لضخامة حجم مجتمع المواطنين المستفيدين من خدمات تلك المستشفيات ولقيود الوقت والتكلفة ، فإنه تقرر الاعتماد على أسلوب العينات وقد تم اختيار عينة عشوائية من ٤٠٠ مفردة من المواطنين المستفيدين من خدمات المستشفيات الستة ، وقد تحدد هذا الحجم على أساس كل من حجم العينة الذى عادة ما يستخدم فى إجراء مثل هذه البحوث ، والميزانية المخصصة للبحث ، والفترة الزمنية المخصصة لجمع البيانات من مفردات عينة الدراسة ، وتعتبر هذه أسس ملائمة لتحديد الحجم المناسب للعينة. (Sud-man, 1976).

ومن الجدير بالذكر أنه باستخدام معادلة الخطأ المعيارى للنسبة المئوية (بازرعة ، ١٩٨٩) فإن حدود الخطأ فى هذه العينة تتراوح بين ٥٪ ، ٦ ٪ وذلك على أساس أن نسبة توافر الخصائص المطلوب دراستها فى العينة هى ٥٠٪ وتعتبر نسبة هذا الخطأ مقبولة فى مثل هذه البحوث .

أما بالنسبة لإجراءات سحب العينة من المواطنين المستفيدين من خدمات تلك المستشفيات ، فقد تم اختيار الأشخاص المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية أو المعالجين داخل المستشفى عن طريق اختيار مفردات العينة بشكل عشوائى بالنسبة للأقسام المقدمة للخدمة الصحية والتى يتردد عليها المرضى عن طريق تخصص يومين مختلفين وغير متتاليين بالنسبة للمرضى المترددين على كل عيادة .

أما المرضى المعالجين داخل المستشفى فقد تم اختيار مفردات العينة بشكل عشوائى عن طريق تخصيص يوم لكل مستشفى لمقابلة المرضى ، وقد تم تحديد المرضى الذين تم مقابلتهم باختيار ١٠٪ من عدد الأسرة المشغولة فى اليوم المخصص للمستشفى .

أما بالنسبة لتوزيع حجم العينة على المستشفيات الحكومية الستة فقد تم على أساس حجم المترددين على كل مستشفى سنوياً .

جدول رقم (١)

بيان بنسب الاستجابة من حجم العينة

العينة المختارة من المرضى بالمستشفيات محل الدراسة			
عدد المستشفيات المشاركة	عدد الاستمارات الموزعة	عدد المجيبين	نسبة الاستجابة
٦	٤٠٠	٣٢٧	٨١ ٪

يتضح من الجدول السابق أن عدد المجيبين يختلف عن عدد الاستمارات التى توزيعها ولذلك فإن التحليل سيبنى على عدد المجيبين من العينة وليس على عدد الاستمارات التى تم توزيعها .

٦ / ٢ - تصميم وسيلة جمع البيانات : -

تم جمع البيانات الأولية اللازمة للدراسة من خلال أسلوب الاستقصاء ، ولتحقيق ذلك تم تصميم قائمة استقصاء بحيث تشمل نفس الأسئلة التى طبقت فى الدراسات السابقة حسب اقتراح (Parasuraman et al.,) والالتزام بمفهومها قدر الاستطاعة مع صياغتها لتتناسب مع طبيعة الخدمة الصحية موضوع الدراسة .

وتعتبر جودة الخدمة الكلية العامل التابع والذى تم قياسها عبر سؤال محدد فى الاستقصاء مكون من سبع

نقاط Likert - type 7 متدرجة من عالية جداً إلى منخفضة جداً ، أما العوامل المستقلة الخمسة فقد تم قياسها بجمع العناصر المكونة لكل بعد حسب اقتراحها من قبل مقياس (SERVPERF) .

وقد ضمت القائمة قسمين يحتوى القسم الأول منها على معلومات وصفية عن المشاركين فى البحث ، بالإضافة إلى أسئلة تقويمية منفصلة لتقويم بعض جوانب الخدمة الصحية بصفة مستقلة المقدمة من قبل المستشفيات الحكومية ورأى المستفيدين منها فيما يخص نظم وإجراءات العمل بالمستشفى ، وأسلوب تعامل الطبيب مع المريض ، ودور الوساطة فى الحصول على الخدمة ، ومدى مشاركة المواطنين فى برامج الرعاية الصحية ، وأخيراً تقييم لمستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية . أما القسم الثانى فيتضمن الأسئلة المكونة للأبعاد الخمسة لجودة الخدمة وهى الجوانب الملموسة ، والاعتمادية ، والاستجابة ، والأمان ، والتعاطف ، وباستخدام مقياس ليكرت (Likert Scale) ذى السبع درجات .

وتحرياً لدقة المحتوى فقد قام الباحث بعرض القائمة على مجموعة من المسئولين والأطباء فى وزارة الصحة وفى المستشفيات الحكومية ، وعلى اثنين من أعضاء هيئة التدريس ، وبعد الاتفاق على محتويات الاستقصاء ، تم اختباره على عينة من المستقصى منهم فى ظروف مشابهة وذلك للتأكد من وضوح الأسئلة والمقاييس المستخدمة وسهولة الإجابة عليها ، وبناء على ذلك قام الباحث بإعادة صياغة لبعض الجمل وحذف الأسئلة واستبدال بعضها ، وإعداد الاستقصاء فى صورته النهائية لتوزيعها على العينة المختارة.

٦ / ٣ - جمع البيانات : -

تم جمع البيانات من المرضى سواء من المترددين على العيادات الخارجية للمستشفى أو المعالجين داخل المستشفى من خلال المقابلة الشخصية ، وقد قام بجمع البيانات الخاصة بالدراسة اثنين من مساعدى الباحثين بعد تزويدهم بالإرشادات الكافية ، وقائمة بالتعليمات الواجب مراعاتها ، بالإضافة إلى قيام الباحث شخصياً بالإجراءات اللازمة لمتابعة دقة عملية جمع البيانات ، وقد استغرقت عملية جمع البيانات شهرين ونصفا .

وقد تم اختيار مفردات العينة بالنسبة للمرضى المترددين على العيادات الخارجية بشكل عشوائى عن طريق تخصيص يومين مختلفين وغير متتاليين بالنسبة للمرضى المترددين على كل عيادة ، لضمان أن تكون العينة ممثلة تمثيلاً جيداً لمجتمع البحث .

أما بالنسبة للمرضى المعالجين داخل المستشفى ، فقد تم اختيار مفردات العينة بشكل عشوائى عن طريق تخصيص يوم لكل مستشفى لمقابلة المرضى ، وقد تم تحديد المرضى الذين تم مقابلتهم باختيار ١٠٪ من عدد الأسرة المشغولة فى اليوم المخصص للمستشفى .

وقد تم جمع البيانات من (٣٢٧) مفردة وهى تمثل ٨١٪ من العينة المخططة ، وقد قام الباحثون بمراجعة البيانات التى تم جمعها وذلك للتأكد من صلاحيتها للاستخدام ، وأسفرت المراجعة عن استبعاد ١٤ قائمة غير صالحة للتحليل واستخلاص النتائج نظراً لوجود دليل على عدم جدية المستقصى منه أو وجود أجزاء غير مستوفاة أو عدم التناسق فى الإجابات ، وبذلك بلغ عدد القوائم الصالحة للتحليل (٣١٣) قائمة بنسبة ٧٨٪ من جحم العينة ، واستخدام فى التحاليل عدد (٣١٣) قائمة .

٦ / ٤ - جدولة وتحليل البيانات : -

تم جدولة البيانات وتحليلها باستخدام الحاسب الآلى ، وقد تم استخدام حزمة برنامج التحليل الإحصائى (SPSS) وتمثلت الأساليب فى النسب المئوية ، والتكرارات ومقاييس النزعة المركزية مثل المتوسط الحسابى ومقاييس التشتت والانحراف المعيارى .

وكان استخدام هذه الأساليب لتحليل بعض الأسئلة الخاصة بتقويم جودة الخدمة الصحية وترتيب جودة

عناصر الخدمة من وجهة نظر المرضى .

وقد تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد لقياس أثر الأبعاد المستقلة الخمسة لجودة الخدمة الصحية (الجوانب المادية الملموسة - الاعتمادية - الاستجابة - الأمان - التعاطف) على العامل المتغير ، كما تم اختيار عامل (Beta) لمعرفة التغير المتوقع فى العامل بسبب التغير الحاصل فى وحدة واحدة من المتغير المستقل وتم استخدام (R^2) و (Adjusted R^2) للتعرف على قدرة النموذج على تفسير العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ، كما أن المقارنة بين قوة تفسير كل متغير من المتغيرات المستقلة تم قياسها باختبارات (T-Test) ومعامل (Beta) .

٧ - حدود البحث : -

- تم تطبيق الدراسة على قطاع الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية ، وقد تم اختيار هذا القطاع من بين قطاعات الخدمات لعدة أسباب أهمها نتائج الدراسة الاستطلاعية التى أظهرت أنه من بين القطاعات الخدمية العامة التى تزايدت شكاوى وانتقادات المواطنين لمستوى جودة الخدمة التى يحصلون عليها ، كما أن الخدمة الصحية ذاتها تعد من الخدمات التى يألفها المواطنون على اختلاف خصائصهم الديموغرافية ، ومن ثم يسهل عليهم الحكم على مستوى أدائها وتقييم جودتها .
- اقتصر البحث فى الدراسة الميدانية على أكبر ستة من المستشفيات الحكومية على أساس متوسط عدد المرضى المقبولين سنوياً ، والواقعة جغرافياً فى حدود نطاق محافظتى القاهرة والجيزة لمحدودية الإمكانيات المادية والبشرية للباحث ، الأمر الذى لا يمكنه شمول الدراسة لكافة محافظات الجمهورية ، كما تعتبر محافظة القاهرة ذات الكثافة العالية للسكان كما أنها محافظة كبيرة المساحة تنتشر فيها المستشفيات الحكومية بمسافات متباعدة .
- اقتصرت الدراسة على المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة ، وبذلك تم استبعاد المستشفيات الحكومية المتخصصة ، وذات الطبيعة الخاصة مثل مستشفى الشرطة ومستشفيات القوات المسلحة وذلك لأن المترددين عليها من المواطنين غالباً ما يكونوا نوعية غير عادية من حيث المستوى الاقتصادى والاجتماعى ، وبذلك هذه الفئة لا تعتبر ممثلة للمواطنين من المرضى المترددين على المستشفيات الحكومية .

٨ - نتائج الدراسة واختبار الفروض : -

هدفت الدراسة اختبار فرضين ميدانياً وكانت النتيجة كما يلى : -

٨ / ١ - النتائج المتعلقة بالفرض الأول : -

يتناول هذا الفرض تقييم المواطنين لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات الحكومية ورأيهم فيما يخص نظم إجراءات العمل ، وأسلوب التعامل بين المريض والطبيب ، ودور الوساطة فى الحصول على الخدمة ، ومدى مشاركة المواطنين فى برامج الرعاية الصحية ، وهى تعتبر من المقاييس الهامة العاكسة لبعض مؤشرات جودة الخدمة الصحية.

(أ) نظم وإجراءات العمل :

يجب أن يكون هناك نظام وإجراءات للعمل بالمستشفى ، كما يجب تعريف كافة العاملين بهذه النظم والإجراءات ، ويفضل دراسة تلك النظم والإجراءات من وقت لآخر للتعرف على مدى ملائمة ذلك النظام وتلك الإجراءات لظروف العمل بالمستشفى بالإضافة إلى اكتشاف أى عقبات تحد من فاعلية الأداء بالمستشفى وتتم دراسة إجراءات العمل بغرض استبعاد الإجراءات غير الضرورية والتى لا تعود بالنفع على العمل مع الإبقاء على الإجراءات الضرورية والتى لا يمكن الاستغناء عنها .

جدول (٢)
نظم وإجراءات العمل بالمستشفيات الحكومية

م	الإجـــــراءات	التكرار	الأهمية النسبية ٪	الترتيب
١	توفر أدلة إرشادية بالمستشفى	٥٣	٩,٤	٦
٢	تواجد الكاتب (المسجل) فى مكان عمله	٧٨	١٣,٨	٥
٣	حسن معاملة الكاتب (المسجل) للمراجعين	٨٣	١٤,٧	٤
٤	طول فترة الانتظار قبل المعالجة	١١٩	٢١,١	١
٥	عدم سلامة وانتظام القيد بسجلات ودفاتر المستشفى	٩٨	١٧,٤	٣
٦	إجراءات دخول المستشفى معقدة	١٩	٣,٤	٧
٧	الإقامة غير مريحة من حيث ازدحام الحجرات .	١١٣	٢٠	٢

يتضح من بيانات جدول (٢) ما يلى :

١ ـ تتمثل الشكوى من طول فترة الانتظار قبل المعالجة السبب الأول من حيث الأهمية النسبية ، وهذا يرجع أساساً إلى عدم تواجد الأطباء بالعيادات الخارجية بالمستشفى فى الموعد المعلن وفى أغلب الأحيان يحضر الطبيب بعد الموعد المعلن بساعتين أو أكثر .

٢ ـ كما يمثل ازدحام الحجرات السبب الثانى بل يتقارب مع طول فترة الانتظار من حيث الأهمية النسبية ، وهذا يرجع أساساً إلى التوسع فى عدد الأسرة ببعض المستشفيات الأمر الذى يقتضى تحميل المستشفى بعدد من الأسرة أكبر مما يتناسب مع تصميمها الهندسى .

٣ ـ يمثل سلامة وانتظام القيد بسجلات ودفاتر المستشفى أهمية نسبية عالية نحو ١٧,٤ ٪ ، وقد لاحظ الباحث أثناء زيارته الميدانية للمستشفيات محل الدراسة أن عمليات القيد بدفاتر وسجلات المستشفيات لا تتم بطريقة منتظمة ، وأن وجود نظام دقيق ومبنى على أسس علمية للقيد فى دفاتر وسجلات المستشفى من شأنه تحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى ، هذا بالإضافة إلى الاسترشاد بتلك البيانات عند التخطيط للمستقبل ، كما أن الانتظام فى عمليات القيد بدفاتر وسجلات المستشفى يجعل من السهل استخراج أى بيانات .

٤ ـ أما بخصوص الخدمات المتعلقة بتوفر الأدلة الإرشادية وحسن معاملة الكاتب للمراجعين ، وتواجد الكاتب فى مكان عمله فهى تمثل أهمية نسبية متوسطة ، وتتراوح أهميتها النسبية بين (٩,٤ ـ ١٤,٧) وتقدر الأهمية النسبية لتلك الأسباب بـ ٣٧,٩ ٪ مما يود الباحث أن يؤكده فى هذا المجال هو أن الأدلة الإرشادية تلعب دوراً هاماً فى المستشفى فمن شأنها مساعدة المواطنين من المرضى فى التعرف على الأماكن التى يرغبون التوجه إليها بسهولة ودون عناء ، فقد نجد أن هناك أسهما تشير إلى صيدلية المستشفى وأخرى تشير إلى المعمل وثالثة تشير إلى الأشعة ... إلخ ، كما يفضل استخدام أكثر من نوع من الأدلة الإرشادية لكى تتناسب مع طبيعة وثقافة جمهور المرضى المترددين على المستشفى .

(ب) تعامل الطبيب مع المرضى : -

الجدول (٣) يوضح إجابات أفراد العينة عن مستوى جودة الخدمات التى تقدمها المستشفيات الحكومية فيما يتعلق بأسلوب التعامل بين المريض والطبيب والأهمية النسبية للأساليب المختلفة .

جدول (٣)
أسلوب تعامل الطبيب مع المريض

م	الإجـــــراءات	التكرار	الأهمية النسبية ٪	الترتيب
١	لا يقوم الطبيب بأى فحص ويكتب العلاج دون إجراء الفحوص اللازمة	٢١١	٢٥,٦	١
٢	لا يتوافر للطبيب الوقت الكافى لسماع شكواك	١٩٤	٢٣,٥	٢
٣	الكفاءة المهنية للطبيب لا تمكنه من التشخيص وبالتالى فإنك لا تثق فى العلاج الذى يصفه .	١٧٣	٢١	٣
٤	تأخر وغياب بعض الأطباء مما يترتب عليه تأخر المرضى .	١١١	١٣,٤	٥
٥	عدم السماح لك باختيار الطبيب المعالج	١٣٤	١٦,٢	٤

يتضح من بيانات جدول (٣) ما يلى :

١ - إن عدم قيام الطبيب بالفحص ، وعدم توفير الوقت الكافى لسماع شكوى المريض يمثلان أعلى أهمية نسبية ، واللذين يمكن إرجاعهما إلى زيادة العبء على الطبيب المعالج ، وعدم توفر الوقت الكافى لأدائه لمهمته بالكفاءة المطلوبة ، فهذان يمثلان حوالى ٤٩,١ ٪ من ضعف مستوى الخدمة الصحية المقدمة فى المستشفيات الحكومية .

٢ - تعتبر الكفاءة المهنية للطبيب أحد أهم الأسباب الهامة لعدم رضاء المواطنين عن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم ، وبرغم أن أغلب المرضى غير مؤهلين للحكم على الكفاءة المهنية للطبيب ، إلا أنه لا يمكن إغفال رأيهم فى هذا المجال ، ولذلك يجب أن تعتنى تلك المستشفيات بفرض الرقابة على مستوى الكفاءة المهنية التى يؤدى بها الطبيب عمله ، كما يجب أن تعتنى بتوفر الدورات التدريبية التى تساعد الطبيب فى كيفية التعامل مع المريض ، وكسب ثقته حيث إن طريقة تعامل الطبيب مع المريض تؤثر كثيراً فى إقناعه بمستوى كفاءته ، وبالتالى ثقته فى علاجه ، وذلك بغض النظر عن الكفاءة المهنية الفعلية له .

٣ - عبر عدد كبير من المرضى عن عدم رضائهم عن مستوى جودة الخدمة الصحية نتيجة لعدم السماح لهم باختيار الطبيب المعالج ، حيث بلغت الأهمية النسبية ١٦,٢ ٪ الأمر الذى يقضى أن تفكر إدارة المستشفيات فى طريقة يمكن من خلالها السماح للمرضى باختيار الطبيب المعالج.

(جـ) دور الوساطة فى الحصول على ا لخدمة : -

الجدول (٤) يوضح إجابات أفراد العينة عن دور الوضع الاجتماعى والوساطة فى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين .

جدول (٤)

دور الوضع الاجتماعى والوساطة فى الحصول على الخدمات الصحية الحكومية

م	الإجـــــراءات	التكرار	الأهمية النسبية ٪	الترتيب
١	يوجد مساواة فى التعامل مع المواطنين.	١١٦	٣٤	٢
٢	يتم تنظيم الدخول إلى الطبيب المعالج حسب الدور.	٩٦	٢٨	٣
٣	لا يوجد تأثير للعلاقات الشخصية مع المواطنين على موعد الدخول .	١٢٧	٣٧	١

يتضح من بيانات جدول (٤) أن هناك اتجاهات إيجابية لإجابات أفراد العينة نحو أسلوب التعامل مع المواطنين المستفيدين من الخدمات الصحية الحكومية من حيث المساواة بين المستفيدين من خدمات تلك المستشفيات ، وأنه لا يوجد دور يذكر للوساطة أو الوضع الاجتماعى تؤثر سلباً على مستوى جودة الخدمة التى تقدم للمواطنين ، حيث لا يوجد تأثير للعلاقة الشخصية على موعد الدخول أو الدخول للطبيب المعالج حسب أسبقية الدور حيث تمثل أهمية نسبية عالية قدرها ٧١ ٪ .

ويعزى الباحث هذا الرضا عن عدم وجود دور للوساطة فى الحصول على الخدمة الصحية من المستشفيات الحكومية إلى أن أغلب المترددين من المرضى على تلك المستشفيات من شريحة اجتماعية واحدة من ذوى الدخول المنخفضة أو المتوسطة والذين لا تسمح لهم ظروفهم من الذهاب إلى المستشفيات أو العيادات الخاصة ، وبذلك تقل الفوارق الطبقية والاجتماعية بينهما ، بل هى شبه معدومة ، مما يحد من دور الوضع الاجتماعى فى الحصول على الخدمة الصحية ، وأن تأثير العلاقة الشخصية فى الحصول على الخدمة يصبح أمراً غير واضح ولا يؤثر على الآخرين ، مما ينعكس على المستفيدين وتصبح الخدمة الصحية بالمستشفيات الحكومية ميسرة للجميع بنفس الطريقة ولن يكون هناك دور واضح للوضع الاجتماعى أو

تأثير للعلاقات الشخصية على حقوق الآخرين .

(د) مشاركة المواطنين تجاه الخدمات المقدمة لهم : -

حرصاً من إدارة المستشفى على التأكد من تأدية رسالتها ، يجب استطلاع رأى المرضى فى فترات مختلفة على مدار العام ، للتعرف على أرائهم تجاه مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم ، والوقوف على ما قد يعترض حسن سير العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات المصححة والجدول (٥) يوضح آراء العينة حول مدى أخذ آراء المرضى عند تقديم الخدمة الطبية لهم .

جدول (٥)

مدى استطلاع آراء المرضى تجاه الخدمات الصحية المقدمة لهم

م	أخذ أراء المواطنين فى الخدمات التى تقدم لهم	التكرار	الأهمية النسبية ٪
١	يتم أخذ رأيك .	٢٦	٨
٢	أحياناً	١٤	٤
٣	لا يتم أخذ رأيك	٢٧٣	٨٧

يتضح من بيانات الجدول (٥) أن أفراد عينة البحث غير راضية عن مدى مشاركتهم تجاه الخدمات الصحية المقدمة لهم حيث بلغت الأهمية النسبية نحو ٨٧ ٪ يؤكدون عن عدم أخذ أرائهم فى الاعتبار عند تقديم الخدمات الصحية لهم .

ويعزى عدم أخذ أراء المستفيدين من المرضى عن مستوى الخدمة الطبية المقدمة لهم أن يجعل إدارة المستشفى تعمل بمعزل عن المرضى مما ينعكس أثره على انخفاض مستوى جودة الخدمة الصحية فى الأجل الطويل .

(هـ) تقييم المواطنين للجودة الكلية للخدمة الصحية : -

فيما يلى الجدول (٦) يوضح إجابات أفراد العينة عن تقييمهم للجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات الحكومية .

جدول (٦)

تقييم المواطنين للجودة الكلية للخدمة الصحية

التقييم	التكرار	الأهمية النسبية ٪
عالية جداً	٢٤	٨
عالية	٣٨	١٢
فوق المتوسطة	٨٢	٢٦
متوسطة	٩٣	٢٩
دون المتوسط	١٢	٤
منخفضة	١٩	٦
منخفضة جداً	٤٥	١٥

يتضح من بيانات الجدول (٦) أن تقييم المواطنين لمستوى الجودة الكلية للخدمات الصحية سلبى، حيث عبر نحو ٥٥٪ أى أكثر من نصف عينة البحث بأنها فوق المتوسطة أو متوسطة فى حين ١٥٪ قد أكد على أنها منخفضة جداً وأن هذه النتائج تؤكد الانطباع والتجارب السلبية لدى المستفيدين من الخدمة الصحية الحكومية ، إضافة إلى تأكيدها للدراسات العلمية السابق تناولها والتى أوضحت بتدنى الجودة العامة لمستوى الخدمات الصحية .

كما أوضح المتوسط العام لإجابات العينة بأنه يقع بين فوق المتوسطة ومتوسطة حيث بلغ (٣,٨٥)*، وأن هذه النتائج تتفق مع ماسبق أو توصل إليه (فؤاد أبو إسماعيل وآخرون . ٢٠٠٠) بأن تقديم الخدمات الصحية بمستوى الجودة التى لا ترضى تطلعات الجمهور المستهدف ، مع ضعف الدور الرقابى وغياب الفكر الاستراتيجى عن ذهن القائمين على إدارة المستشفيات الحكومية .

* تم حساب المتوسط العام وفقاً لمقياس (Likert-type Scale) الذى يتراوح بين (١ = عالية جداً إلى ٧ = منخفضة جداً) وباستخدام مقياس ليكرت فإن الجودة الكلية تقع بين فوق المتوسطة ومتوسطة .

وبذلك فإن النتيجة تثبت صحة الفرض الأول بالبحث وهو أن تقييم المواطنين لمستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة لهم فعلياً من المستشفيات الحكومية يدل على أن مستوى جودتها منخفض ،

٨ / ٢ النتائج المتعلقة بالفرض الثانى : -

يقوم هذا الفرض بناء على نموذج (SERVPERF) لقياس جودة الخدمة الصحية ، بأن جودة الخدمة الكلية للخدمة الصحية تتحدد بخمسة أبعاد هى الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف ، وتتناسب هذه الأبعاد تناسباً طرديا مع الجودة الكلية للخدمة .

وقد استخدم تحليل الانحدار المتعدد و(المتدرج) لقياس أثر الأبعاد المستقلة الخمسة على العامل المتغير ، كما تم اختيار عامل (Beta) لمعرفة التغير المتوقع فى العامل بسبب التغير الحاصل فى وحدة واحدة من المتغير المستقل ، ثم استخدم (R^2) و (Adjusted R^2) للتعرف على قدرة النموذج على تفسير العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ثم اختبار ت (T-Test) ومعامل (Beta) للمقارنة بين قوة تفسير كل متغير من المتغيرات المستقلة ، ثم معرفة رأى العينة حول مستوى جودة بعض العناصر المكونة للجودة الكلية للخدمة الصحية وفقاً للمقياس المستخدم.

والجدول (٧) يوضح نتائج اختبار الانحدار المتعدد للأبعاد الخمسة للخدمة الصحية .

جدول (٧)

نتائج اختبار الانحدار المتعدد للأبعاد الخمسة

العوامل المستقلة	Beta	T	Sig
الجوانب المادية الملموسة	٠,٤٧٣	٤,٦٨٥	٠,٠٠٠
الاعتمادية	٠,١٠٩	٢,٠٨٨	٠,٠٣٣
الاستجابة	٠,١٩٢	٢,٧٢٧	٠,٠٠٦
الأمان	٠,٣٦٣	٤,٩٨٤	٠,٠٠٠
التعاطف	٠,١٥١ ـ	٠,٠١٣ـ	٠,٩٣٠

Mean Square = 191.042
"F" قيمة = 147.633
Sig = .000
"R" معامل الارتباط = .799
R^2 = .698
Adjusted R^2 = .695

يتضح من بيانات الجدول (٧)

١ ـ أن القدرة التفسيرية العامة لجميع الأبعاد الخمسة المكونة للجودة الكلية للخدمة الصحية تمثل (٠,٦٩٨) من المتغير التابع وعند مستوى دلالة إحصائية عالية اختبار ف .

٢ ـ أن من بين الأبعاد الخمسة المكونة للجودة الكلية للخدمة الصحية فى المستشفيات الحكومية وجد أن أربعة منها ذات دلالة إحصائية معنوية وتتفق مع الفروض الفرعية للفرض الرئيسى الثانى للبحث وهى الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان .

٣ ـ بالنسبة للبعد الخاص بالجوانب المادية الملموسة فإن العلاقة قد ظهرت طردياً كما افترضت فى البحث ، وقد تبين من نتيجة الانحدار الخطى أن معامل (Beta) بلغت (٠,٤٧٣) وهى ذات دلالة إحصائية معنوية ($P<0.05$) وبذلك فهناك ارتباط معنوى وثيق بين الجوانب المادية الملموسة المتمثلة فى التقنية الحديثة والمبانى المنتظمة للاستقبال والمظهر اللائق للعاملين ، وجاذبية وتأثير المواد المرتبطة بخدماتها ، وبين إدراك المستخدمين للجودة الكلية للخدمة الصحية . فالمستخدمون للخدمات الصحية يعتقدون أنه كلما توفرت هذه العوامل مجتمعة تحسنت الخدمات الصحية وبذلك فالنتيجة تدعم الفرض الفرعى الأول فى البحث .

٤ ـ أما البعد الخاص بمستوى الاعتمادية فإن علاقته بالجودة الكلية طردية وقد بلغ معامل (Beta)



(٠,١٠٩) مع مستوى ذى دلالة إحصائية (P<0.05) ، وهذا يعنى أنه كلما استطاع مقدمو الخدمة الصحية إيصالها فى الوقت المناسب للمستفيد ، وزاد مستوى المعرفة والمهارة للموظفين فى تقديم وتناسب ساعات الدوام مع حاجات المواطنين ، واحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة عن الخدمات المقدمة للمواطنين ، كلما زادت ثقة المواطنين فى المستشفى ، فإن هذه مجتمعة تساهم فى زيادة الجودة الكلية للخدمة الصحية ، وبذلك فإن هذه النتيجة تؤكد قبول الفرض الفرعى الثانى المقترح فى البحث .

٥ ـ أما بالنسبة للبعد الخاص بالاستجابة فقد كانت العلاقة طردية حيث بلغ معامل (Beta) (٠,١٩٢) مع مستوى ذى دلالة إحصائية (P<0.05) ، وذلك يعنى أنه كلما زادت السرعة والمبادرة من موظفى المستشفى فى تلبية الخدمة للمواطنين ، وزادت الاستجابة للاستفسارات والشكاوى والاقتراحات مع حسن الاستقبال وتقديم المعلومات الكافية ، وزادت سرعة إجراء العمليات مجتمعة ، كلما انعكس ذلك إيجابياً وزاد ذلك من مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية ، وهذه النتيجة تؤكد قبول الفرض الفرعى الثالث.

٦ ـ أما البعد الرابع الخاص بالأمان فقد ظهرت النتيجة بوجود علاقة طردية وبلغ معامل (Beta) (٠,٣٦٣) عند مستوى ذى دلالة إحصائية (P<0.05) ويعكس ذلك أهمية الأمان فى تقديم الخدمة الصحية ، وحرص موظفى المستشفى على غرس الثقة فى نفوس المواطنين ، وشعورهم بالأمان فى تعاملهم وخبرة العاملين وإلمامهم بالمعرفة ، وحصولهم على التدريب اللازم ليتمكنوا من أداء أعمالهم والإجابة على أسئلة المواطنين وبذلك تتحقق الشروط اللازمة لقبول الفرض الرابع الخاص ببعد الأمان .

٧ ـ أما البعد الخاص بالتعاطف مع المواطنين فلم تظهر النتائج دعماً له حيث بلغ معامل (Beta) (ـ٠,١٥١) مع مستوى معنوية(٠,٩٣٠) (P<0.05) مما لا يحقق شرط القبول ، وبالتالى رفض العلاقة كما اقترحها الفرض الخامس .

وبذلك نستطيع أن نخلص إلى أهمية الجوانب المادية الملموسة فى الدرجة الأولى ، حيث ساهمت المساهمة الأعلى فى التأثير على العامل المتغير (الجودة الكلية للخدمة الصحية) وتتضمن الآلات والمبانى والمظهر ، ثم يأتى بعد ذلك بعد الأمان حيث يأتى أثره ثانياً على الجودة الكلية للخدمة الصحية ، وهذا العامل يعتبر عاملاً انطباعياً ، وبذلك يحتاج إلى جهود كبيرة ووقتاً ربما كان طويلاً لتغييره لدى المواطنين حيث إن التأخر فى تحسين الانطباع السلبى لن يكون فى صالح الخدمات الصحية حيث سيزيد ذلك من التعمق لدى المواطنين وتمدده إلى شريحة أكبر .

كما تظهر أهمية الاستجابة ثم الاعتمادية ، وهما يتعلقان بالموظفين بالدرجة الأولى ومدى تأهيلهم التأهيل المناسب وتحفيزهم التحفيز الكافى لزيادة الإنتاجية بالإضافة إلى تدريبهم لجذب التعامل مع المواطنين .

عوامل جودة ا لخدمة الصحية : -

ولمعرفة رأى عينة البحث حول مستوى جودة بعض العناصر المكونة للجودة الكلية للخدمة الصحية ، فقد تم عرض العوامل الثلاثة والعشرين المكونة للمقياس على أساس حساب المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى ، ثم ترتيبها حسب معامل الاختلاف باعتباره مقياساً أدق فى ترتيب العوامل ذات الطبيعة المختلفة وأخذه فى الاعتبار لتأثير انحراف القيم عن المتوسط والجدول (٨) يوضح نتائج عبارات مقياس جودة الخدمة مرتباً تصاعدياً .

جدول (٨)

عوامل جودة الخدمة الصحية مرتبة تصاعدياً

م	المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعيارى	معدل الاختلاف	الترتيب
١	تقوم المستشفى بتأدية الخدمة للمستفيدين بسرعة .	٤,٩٩٣	٢,٩٠٥	٠,٤٥٩	١
٢	تقديم الخدمة فى الوقت الذى وعدت المستشفى بتقديمها فيه .	٤,٩٣١	٢,١١٦	٠,٤٦٧	٢
٣	تعتبر المستشفى خدمة المواطن من أهم أولوياتها .	٤,٨٥٦	٢,١١٢	٠,٤٧٧	٣
٤	العاملون فى المستشفى لديهم خبرة واسعة عن العمل .	٤,٧٦٩	١,٠٨٧	٠,٤٨٦	٤
٥	يستقبل موظفوا المستشفى المستفيدين بشكل حسن	٤,٦٨٠	٢,٣٦٠	٠,٤٩٢	٥
٦	يهتم الموظفون فى المستشفى برغبات العملاء ويسعون لتحقيقها .	٤,٥٠٤	٢,٥٠٤	٠,٤٩٩	٦
٧	أثِق دائماً بخدمات المستشفى .	٤,٤٦٢	٢,٢٠٣	٠,٥٠٢	٧
٨	تستجيب المستشفى للشكاوى والاقتراحات .	٤,٣٠٣	٢,١٠١	٠,٥٠٧	٨
٩	وفاء المستشفى بوعودها فى الوقت المناسب.	٤,٦٦١	٢,١١٧	٠,٥١٣	٩
١٠	الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض .	٤,٦٥٧	٢,١٨٩	٠,٥١٦	١٠
١١	تفهم احتياجات المريض .	٤,٥٠٢	٢,٩٩٤	٠,٥٢١	١١
١٢	تقوم المستشفى بتحسين الخدمات وتطويرها بصورة دورية .	٤,٤٦٩	٢,١٩٥	٠,٥٢٣	١٢
١٣	العناية الشخصية بكل مريض .	٤,٣٨٧	٢,١٣٤	٠,٥٢٤	١٣
١٤	المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء .	٤,٣٨٤	٢,١٧٤	٠,٥٣٦	١٤
١٥	الرد الفورى على الاستفسارات والتساؤلات .	٤,٢٢٤	٢,٣٧٤	٠,٥٣٩	١٥
١٦	سرية المعلومات الخاصة بالمريض.	٤,٣٠٨	٢,٢٨٧	٠,٥٤٢	١٦
١٧	مبنى المستشفى جذاب بالنسبة لطالب الخدمة .	٤,٦٨٨	٢,٠٧٤	٠,٥٥٣	١٧
١٨	مظهر الأطباء والعاملين لائق ومرتب .	٣,٦٥٢	٢,٩٨٩	٠,٥٦٠	١٨
١٩	ملاءمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة .	٣,٦٢٠	١,٠٨٩	٠,٥٦٨	١٩
٢٠	الدقة وعدم الأخطاء فى الفحص أو العلاج أو المعلومات .	٣,٦١٥	٢,١٤٢	٠,٥٧٨	٢٠
٢١	الثقة فى الأطباء والأخصائيين .	٣,٥٦٩	٢,٠٧٥	٠,٥٨٣	٢١
٢٢	التصميم الداخلى للمستشفى منظم ومتكامل .	٣,٤٨٣	٢,١٢٠	٠,٥٩٣	٢٢
٢٣	حداثة المعدات والأجهزة الطبية .	٣,٨٨٥	٢,١٠٤	٠,٥٩٦	٢٣

يتضح من بيانات الجدول (٨) ما يلى :

١ - التقارب الشديد فى نتائج المتوسط الحسابى لعوامل جودة الخدمة ، حيث أن أفضل معدل نسبى بين العوامل التى تعكس جودة الخدمة الصحية بلغ المتوسط الحسابى له (٣,٨٨٥) أى أنه يقع فى مقياس ليكرت ذى السبع درجات بين موافق نوعاً ما ومحايد ، أما بالنسبة لأقل العوامل تحقيقاً للجودة فقط بلغ المتوسط الحسابى له (٤,٩٩٣) وهو بين محايد وغير موافق نوعاً ما ، مما يدل على التقارب النسبى بين العوامل المختلفة لجودة الخدمة الصحية .

٢ - وبالنظر إلى ترتيب العوامل وفقاً لمعامل الاختلاف نجد أن أفضل مجموعة تأتى فى أسفل القائمة وهى تستخدم المستشفى آلات وأجهزة طبية حديثة ثم التصميم الداخلى للمستشفى منظم وكلا العاملين يتعلقان ببعدالجوانب المادية الملموسة ، وهذا يعنى انطباعاً إيجابياً لمفردات العينة حول حداثة المعدات والتنظيم الداخلى للمستشفى .

٣ - ثم يأتى فى الأفضلية العامل الثالث وهو الثقة فى الأطباء والأخصائيين إلى جانب الدقة وعدم الأخطاء فى الفحص أو العلاج وكلاهما يتعلقان ببعد الأمان ، وإن كان المتوسط كما يظهر فى الجدول يعكس حالة متوسطة ، إلا أنه يعكس أهمية الشعور بالأمان والاطمئنان فى تعزيز ثقة المواطنين بالمستشفى ومن ثم تعزيز الانطباع الإيجابى تجاه جودة الخدمة الصحية ، وهذا يؤكد على أهمية إحساس المواطنين بالأمان فى التعامل والحصول على الخدمة الصحية لما تتميز به هذه الخدمة من الخصوصية مما يعكس رغبة المواطنين بشكل عام فى تحقيق الخصوصية فى التعامل ..

٤ - أما العوامل التى سجلت أعلى معدلات نسبية وفقاً لمعامل الاختلاف فهى تمثل أقل العوامل جودة



وسلبية وهى تتمثل فيما يلى وفقاً لترتيبها : -

أ - تقوم المستشفى بتأدية الخدمة للمستفيدين بسرعة .

ب - تقديم الخدمة فى الوقت الذى وعدت المستشفى بتقديمها فيه .

ج - تعتبر المستشفى خدمة المواطن من أهم أولوياتها .

د - العاملون فى المستشفى لديهم خبرةواسعة عن العمل .

هـ - يستقبل موظفو المستشفى المستفيدين بشكل حسن .

وهذا مؤشر يعكس نظرة المستفيدين تجاه أحد أبعاد الاستجابة ويعمق الانطباع حول بطء معدل تأدية الخدمة كما فى العامل الأول أما بالنسبة للعامل الثانى وهو « تقديم الخدمة فى الوقت الذى وعدت المستشفى بتقديمها فيه » فهو يتعلق ببعد الاعتمادية ويعكس انطباع المستفيدين حول تناقض ما يعلن عنه من وقت تأدية الخدمة وما يتحقق بالفعل فى الواقع العملى ، وهذا ما أكدته مفردات العينة خلال جمع البيانات أن أغلب الأطباء يحضرون للعيادة الخارجية أو المستشفى بعد مضى الوقت المعلن عنه من قبل المستشفى .

أما بالنسبة للعامل الثالث وهو « أن المستشفى تعتبر خدمة المواطن من أهم أولوياتها » فهذا العامل يتعلق ببعد التعاطف ، وهو يعكس انطباع مفردات العينة حول المدى الذى يوليه الطبيب لخدمة المستخدم ، إذ لا تعتقد مفردات العينة أنها ستكون من أولى أولوياته .

أما بالنسبة للعامل الرابع وهو « العاملون فى المستشفى لديهم خبرة واسعة عن العمل » ، وهذا العامل يتعلق ببعد الأمان ويعكس انطباع المستفيدين حول خبرة العاملين فى المستشفى وأهمية الشعور بالأمان والاطمئنان فى تعزيز ثقة المواطنين بالمستشفى ، ومن ثم تعزيز الانطباع الإيجابى تجاه جودة الخدمة الصحية ، وكان هذا العامل يقع فى مستوى أقل من المتوسط .

أما العامل الخامس وهو « يستقبل موظفو المستشفى المستفيدين بشكل حسن » ، وهذا العامل يتعلق ببعد التعاطف وهو يعكس انطباع مفردات العينة حول المدى الذى توليه المستشفى لخدمة المواطنين وقد حصل على متوسط حسابى يقع فى مستوى أقل من المتوسط وهو (٤,٦٨٠) .

ويلاحظ الباحث أن العوامل الخمسة السابقة والتى مثلت أقل العوامل جودة وسلبية من وجهة نظر مفردات العينة قد شملت جميع أبعاد جودة الخدمة فيما عدا بعد الجوانب المادية الملموسة والذى حظى بمستوى إيجابية أفضل كما اتضح فى الفقرة رقم (٢) من ناحية حداثة المعدات والتنظيم الداخلى للمستشفى .

٩ - مناقشة نتائج البحث وتقديم التوصيات : -

أولاً : النتــــائج : -

قام هذا البحث بهدف تقييم المواطنين لجودة الخدمات الصحية الحكومية من خلال معرفة أراء وتوجهات المستفيدين من تلك الخدمات ، كما سعى هذا البحث إلى تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية من خلال تطبيق مقياس (SERVPERF) بأبعاده الخمسة ، حتى يمكن معرفة الجوانب التى يمكن تحسينها وتطويرها للنهوض بمستوى جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات الحكومية .

وقد كشفت نتائج هذا البحث عما يلى :

١ - بخصوص المقاييس العامة العاكسة لبعض مؤشرات جودة ا لخدمة الصحية :

أ - وجود بعض جوانب القصور فى أداء الخدمة الصحية فيما يتعلق (بنظم وإجراءات العمل) ويرجع ذلك إلى طول فترة الانتظار قبل المعالجة بسبب عدم تواجد الأطباء فى الموعد المعلن إلى جانب ازدحام الحجرات وذلك بسبب التوسع فى عدد الأسرة ببعض المستشفيات بشكل أكبر مما يتناسب مع التصميم الهندسى للمستشفى .

ب ـ أما فيما يتعلق بأسلوب تعامل الطبيب مع المريض وهو من الجوانب الهامة والأساسية فى تقييم جودة الخدمة الصحية فقد كشفت النتائج عن وجود شكوى من قبل المستفيدين بعدم قيام الطبيب بالفحص مع عدم كفاية فترة المشورة أو الاتصال بين الطبيب والمريض وذلك بسبب زيادة العبء على الطبيب المعالج مما ينعكس على عدم فهم شكوى المريض بصورة دقيقة ومفصلة .

ج ـ لم تظهر النتائج أى دور يذكر للوساطة أو الوضع الاجتماعى فى الحصول على الخدمة ، وهذا يعنى أن هناك مساواة حقيقية فى التعامل وتنظيم الدور ولا أثر للعلاقات الشخصية فى ذلك ، ويعزى الباحث هذا الرضا عن عدم وجود دور للوساطة فى الحصول على الخدمة إلى أن الأغلبية من المترددين على تلك المستشفيات من شريحة إجتماعية واحدة وبذلك تقل الفوارق الطبقية والاجتماعية بينهما بل هى شبه معدومة مما يحد من الوضع الاجتماعى فى الحصول على الخدمة .

د ـ أوضحت النتائج بعدم مشاركة المستفيدين تجاه الخدمات الصحية المقدمة لهم حيث بلغت الأهمية النسبية نحو ٨٧٪ يؤكدون بعدم أخذ آرائهم عند تقديم الخدمة الصحية لهم ، مما ينعكس ذلك على مستوى جودتها فى الأجل الطويل حيث تجعل المستشفى تعمل بمعزل عن المرضى .

هـ ـ أما عن تقييم المواطنين للجودة الكلية للخدمة الصحية يدل على أنها منخفضة ، فقد كان المتوسط العام يقع بين (فوق المتوسطة) و (متوسطة) حيث بلغ (٣,٨٥) .

٢ - أبعاد جودة الخدمة الصحية من خلال تطبيق مقياس (SERVPERF) : -

من حيث علاقة الأبعاد الخمسة المكونة لمقياس جودة الخدمة الصحية مع الجودة الكلية للخدمة الصحية فقد أسفرت نتائج البحث عن وجود : ـ

* علاقة ارتباط طردية بين أربعة من أبعاد هذا المقياس بمستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية وأخفق المقياس فى إظهار علاقة ذات دلالة إحصائية للتعاطف على الجودة الكلية للخدمة الصحية ، وبذلك تم قبول أربعة أبعاد من خمسة تكون أبعاد الجودة الكلية للخدمة الصحية هى الجوانب المادية الملموسة والاعتمادية ، والاستجابة ، والأمان .
* كما نجد أن العوامل الخمسة والتى مثلت أقل العوامل جودة وسلبية من وجهة نظر مفردات العينة قد شملت جميع أبعاد جودة الخدمة فيما عدا بعد الجوانب المادية الملموسة والذى حظى بمستوى إيجابية أفضل .

ثانياً : التوصيات : -

تعتبر الدراسة الحالية محاولة لتقييم المواطنين لجودة الخدمة الصحية الحكومية باستخدام مقياس جودة الخدمة ، وقد أكدت هذه الدراسة الحاجة إلى إجراء عدة تغييرات فى هذه الخدمة من أجل تحسينها من خلال تقييم المواطنين لجودة هذه الخدمة ، الأمر الذى يمكن أن يترتب عليه تطويرها والارتقاء بمستوى جودتها ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال :

١ ـ ضرورة القيام بإجراء مسح شامل بشكل دورى لتقييم مستوى جودة الخدمة المقدمة من وجهة نظر المستفيدين باعتبارهم عملاء تحرص المستشفى على معرفة حاجاتهم ورغباتهم وتم ذلك بالاستعانة بمقياس للأداء يستطيع تحديد أبعاد جودة الخدمة وسبل تقويمها ومن تلك إمكانية استخدام مقياس (SERVPERF) .

٢ ـ العمل على تبسيط وتيسير الإجراءات ، بحيث يتم مراجعتها بين كل فترة وأخرى لضمان حسن سير العمل وتوفير الوقت على المواطن المراجع ،

وفى هذا الشأن لابد من التأكيد على تدريب الطاقم الطبى والإدارى للعاملين بالمستشفى لضمان كفاءتهم وفعاليتهم فى مجال نظم وإجراءات العمل.

٣ - التأكيد على حسن التعامل مع المرضى سواء من قبل الأطباء ومن طاقم التمريض ، وهنا يتطلب الأمر إقامة البرامج والندوات التدريبية للأطباء والعاملين بالمستشفى والتى تركز على المهارات السلوكية فى التعامل مع الجمهور والاتصال الفعال وغيرها ، بحيث يوفر الطبيب للمرضى الطمأنينة والوقت الكافى للمشورة للاستماع لهم وإعطائهم النصائح الكافية ، مع ضرورة تطوير نظام لإدارة الشكاوى تقوم به وزارة الصحة ليوفر الرقابة الفعالة لسلوكيات العاملين فى المستشفيات الحكومية المرتبطة فيها بالتعامل مع المرضى .

٤ - العمل على إفساح المجال أمام المواطنين للمشاركة فى تخطيط وتنفيذ وتقويم برامج الرعاية الصحية المقدمة لهم ، إذ أن مشاركة المواطنين يسهم فى تحسين مستوى جودة الخدمات التى تقدم لهم .

٥ - توفير سبل الراحة للمرضى وتنمية شعورهم بالثقة فى المستشفى والاعتماد عليها وكذلك بالأمان عند التعامل معها ويمكن تحقيق ذلك من خلال :

- توفير التخصصات الكافية من الأطباء التى تفى باحتياجات المرضى .
- وجود نظام دقيق للمعلومات يشتمل على معلومات كافية عن المرضى ويساعد على توفير المعلومات اللازمة عن كل مريض .
- تطوير نظام التعرف على شكاوى المستفيدين وقياس مدى رضائهم عن مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم وذلك يضمن التطوير المستمر لمستوى الخدمات المقدمة سواء عن طريق المستشفى أو العيادات .
- توفير سبل الراحة للمستفيدين عند قيامهم بالإجراءات اللازمة قبل حصولهم على الخدمة الطبية من حيث تبسيط الإجراءات .
- زيادة وعى المستفيدين من خلال وسائل الإعلام حول جودة الخدمة الصحية المقدمة من هذه المستشفيات وذلك بهدف تحسين الانطباع الذهنى لديهم عن المستشفى .
- السماح باختيار الطبيب المعالج سواء من خلال العيادة أو المستشفى .

١٠ - مجالات لدراسات مستقبلية : -

لاستمرارية الدراسات التطبيقية للمقاييس الخاصة بجودة الخدمة ، فإن نتائج الدراسة الحالية أظهرت مجالات اهتمام أخرى تستحق الدراسة من جانب الباحثين والمهتمين بقضية جودة الخدمة وتتمثل مجالات الاهتمام للدراسات المستقبلية المقترحة فى الآتى :

- إجراء دراسة حول نفس الموضوع فى مناطق أخرى من مصر وعلى عينات مختلفة من المتعاملين مع المستشفيات الحكومية ، وكذلك على مستشفيات أخرى تابعة للجهات الحكومية ، ومستشفيات القطاع الخاص ، وبذلك سوف تهتم هذه الدراسة فى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الحكومية .
- دراسة لأثر مستوى جودة الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المستشفيات الحكومية .
- دراسة لمعرفة أهم العوامل التى تحد من انتفاع المواطنين من خدمات المستشفيات الحكومية .
- دراسة عن علاقة الجودة فى الخدمة الصحية بتدعيم القدرة التنافسية للمستشفى .

المراجع

أولاً : المراجع العربية : -

١ ـ أحمد عبدالرحمن الشميمرى ، جودة الخدمات البريدية فى المملكة العربية السعودية ، الإدارة العامة ، العدد الثانى ، يوليو ٢٠٠١ .

٢ ـ أحمد مرسى الخواص ، دراسة احتياجات المواطنين كمدخل لتطوير آداء الجهاز الحكومى فى مجال الخدمات العامة ، مجلة آفاق جديدة ، كلية التجارة ، جامعة المنوفية ، ١٩٩٦ ، ص ١٣ ـ ٦٣ .

٣ ـ أحمد مصطفى ، محور العميل ـ الخدمة : مؤثرات المريض على جودة الخدمات الصحية ، مجلة الإدارة العامة ، العدد ٣ ، ١٩٨٤ ، ص ٣٣ ـ ٤٤ .

٤ ـ بدران عبدالرحمن العمر ، مدى تطبيق مبادىء إدارة الجودة الشاملة فى مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسى مهنة التمريض ، مجلة الإدارة العامة ، العدد الثانى ، يونية ٢٠٠٢ ، ص ٣٠٧ ـ ٣٥١ .

٥ ـ ثابت عبدالرحمن إدريس ، قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات : دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت ، المجلة العربية للعلوم الإدارية ، ١٩٩٦ ، ص ١٢ .

٦ ـ ثابت عبدالرحمن إدريس ، وجمال الدين محمد المرسى ، قياس جودة الخدمة وتحليل العلاقة بينها وبين كل من الشعور بالرضا والميل للشراء ، مدخل منهجى تطبيقى ، مجلة التجارة والتمويل ، كلية التجارة ، جامعة طنطا ، ١٩٩٣ .

٧ ـ حنان عبدالرحمن الأحمدى ، التحسين المستمر للجودة المفهوم وكيفية التطبيق فى المنظمات الصحية ، الإدارة العامة ، الرياض ، معهد الإدارة العامة ، المجلد «٤٠» العدد ٣ ، ٢٠٠١ ص ٤٠٩ ـ ٤٤٣ .

٨ ـ عادل أخضرتها ، مفهوم الجودة فى الخدمات الصحية سلسلة ضمان الجودة ، وزارة الصحة الأردنية ، بالتعاون مع وكالة الولايات المتحدة للإنماء الدولى (USAID) ، عمان ، ١٩٩٤ ، ص ٣٢ .

٩ ـ فؤاد أبو إسماعيل و آخرون ، إصلاح وتطوير مؤسسات المنافع العامة ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٣ .

١٠ ـ فهاد الحمد وآخرون ، خدمات المستشفيات ، استطلاع أراء وانطباعات المستفيدين ، مجلة الإدارة العامة ، العدد ٧١ ، ١٩٩٢ ، ص ٧ ـ ٣٧ .

١١ ـ محمد العربى أحمد ، قياس وتقييم درجة رضاء العملاء كمدخل لتطوير الأداء فى وحدات الجهاز الحكومى فى مجال الخدمات الصحية ، دراسة تطبيقية على محافظة الشرقية ، معهد الكفاية الإنتاجية ، جامعة الزقازيق ، ١٩٨٩ ، ص ٥٥٣ ـ ٥٩٧ .

١٢ ـ محمود صادق بازرعة ، بحوث التسويق للتخطيط والرقابة واتخاذ القرارات التسويقية ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٩ .

١٣ ـ المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، تحسين جودة الخدمات الحكومية من منظور متلقى الخدمة ، ندوة من ٢٠ ـ ٢٢ أغسطس، ٢٠٠٢

١٤ ـ وفاء ناصر المبيريك ، جودة الخدمات المصرفية النسائية فى المملكة العربية السعودية ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، جامعة الدول العربية ، أكتوبر ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٤٠ ـ ٢٥٦ .

ثانياً : المراجع الأجنبية : -

A Ancarani. G. Capaldo.

(2001) Management of standardised public services : a Comprehensive approach to quality assessment, Journal : Managing Service Quality, Vol : 11 No.5, pp. 331 - 341.

Adrienne Curry, Emma Sinclair.

(2002) Assessing the quality of physiotherapy services using servqual Journal : International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol : 15, No.5, pp. 197 - 205.

Albrecht & Zemeke, R.

(1995) "Service America : Doing Business in the New Economy", Dow JonesIrwin, Home Wood, IL.

Al-Sahmmari, S. A.

(1993) "Factors Associated with Consultation Time in Riyadh Primary Health Care Centers". Saudi Med. J. Vol. 12(5): 371 - 375.

Angur, Maghukar, Nataraajan, R, and Jahera, J.

(1999) "Service quality in the Banking industry".International Journal of Bank Marketing. 17 - 3.

Attree. M.

(1996) "An Analysis of the concept Quality as it relates to contemporary nursung care.In Scmele. June A. (editors). Quality Management In Nursing and Health Care Albany, New York, Delmar.

Babakus E. and Boller, G.

(1992) "An Empirical Assessment of SERVQMAL Scale", Journal of Business Research, 24 (May), 253- 68.

Baldwin. F.

(1996) "A Community Commits to Quality", Appalachia, Vol. 27, No.3, Summer pp. 12 - 17 .

Banks. B.

(1991) "The Rites of Service "C-A Magaszine Vol. 125,7.

Berry, L., Zeithaml, V. and Parasuraman, A.

(1985) Quality Counts In Service Too, Business Horizons, (May - June), 44 - 52.

Bin Saeed, K. S.

(1999) Perceptions on the influence of cost issues on quality improvement initiatives: A survey of Saudi health care managers Intl J for Quality in Health Care, Vol. 11 (1) : 59-65.

Bolton, R. N. and Drew, J. H.

(1991) A Multistage Model of Customers Assessment of Service Quality and Value. Journal of Consumer Research, 17 (4): 375 - 384.

Borthrinstedt, G.

(1983) Measurement In : Rossi, P., Wright, J. D. and Anderson, A. B. (eds). Handbook of Survey Research, New York: Academic Press Inc .

Brown, Janet A.

(1997) The Quality Managment Professional's Study Guide. 12th ed.,Pasadena, Managed Care Consultants.

Broyles, R. W. and Al-Assaf, A. F.

(1999) The Costs of Quality : An interactive model of appraisal, Prevention and failures, Health Serv Manag Res, 14, - 1 : 12,

Clare Chow - Chua, Mark Goh.

2002 Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals, Journal Managing Service quality. Vol. 12, No. 1, pp. 54 - 66.

Counte, M. A., Glandon, G. L., Oleske, D. M., and Hill J. P.

(1992) Total Quality Managment in a Health Care Organization: How Are Employees Affected?" Hospital & Health-Services Administration Vol. 37, No. 4, Winter, pp. 503 - 518.

Cronin, J. and Taylor, S.

(1992) Measuring Service Quality : A Re- examination and Extension Journal of Marketing, 56 (July): 5 - 68.

Cronin, J. and Taylor, S.

(1994) "SERVPERF Versus SERVQUAL : Reconciling Performance - Based and

petition : Costs of bad Service, Papers from Conference Quality Management in Services, EIASM,

Ingram, H. and Daskalakis G.
(1999) "Measuring Quality gaps in hotels : the case of Crete". International Journalof Contemporary Hospitalitity Management. 11-1.

Kanji, G. K. Tampi, A. M. & Wallace, W.
(1999) "A Comparative Study of Quality Practices in Higher Eductation Institutions in the US and Malaysia :, Total Quality Management, Vol. 10, No. 3 pp. 367 - 371.

Kanji, G. K. Tampi, A. M.
(2000) "Total Quality Management in UK Higher Education Institutions", Total Quality Management, Vol. 10, No. 1 , pp. 129 - 153.

Kline, J. F.
(1996) "State Governments" Growing Goins from T.Q.M. National Productivity Review, Vol. 12, No. 2, Spring , pp. 259 - 271.

Lehtirien, U. and Lehtinen, J. R.
(1982) "Service Quality : A Study of Quality Dimensions" Working Paper. Service Management Institute, Helsinki Finland .

Martin O'Neill, Christine Wright, Frank Fitz.
2001 Quality evaluation in on - line service environments : an application of the importance - performance measurement technique, Journal Managing service quality. Vol. 11, No. 6 , pp. 402 - 417.

Mik Wisniewski.
2001 Using SERVQUAL to assess customer satisfaction with public sector service, Journal: Managing Service Quality. Vol. 11, No. 6 , pp. 380 - 388.

McAlexander, J. Kaldenberg, D. and Koeing H.
(1994) Service Quality Measurment.

Mehta, S. and Durvasula. S.
(1998) " Relationships between SERVQUAL Perceptions - Minus- - Expectations Measurement of Service Quality" , Journal of Marketing, 58 (January), 125-31.

Dew, J. R.
(1997) Quality Centered Strategic Planning: A Step - by - step Guide. New York, QR : 85 - 90 .

Disney, J.
(1999) "Customer Satisfaction and Loyalty : the critical Elements of ServiceQuality", Total Quality Management Vol. 10, No. 4, & 5, pp. S 491 - 497.

Doering, Elain, R.
(1986) "Factors influencing in Patient Satisfaction with Care", Quality Review Bulletin, Vol. 2, pp. 291 - 299.

Donalbedian. Avedis,
(1984) "The Difinition of Quality and apraches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Monitoring, Vol. 1 "Health Adminstration Press, Ann Arbor : Michigan, pp. 23 - 28 .

Edris. A. Thabet A. and Al- Ghais, Mona R.
(1996) Education Service Quality As Perceived by Kuwaiti Consumers : An Application of the SERVPERF Scale, Middle East Business Review, (1) : 22 - 42.

Gabbie O. and O'Neill M.
(1999) "SERVQUAL and the Northern Ireland hotel sector : a Comparative analysis" Managing Service Quality. 7 : 43 - 50.

Ghobadin, A. Speller, S. and Jones, M.
(1998) "Service Quality : Concepts and Models", International Journal of Quality & Reliability. 11 - 9.

Greenberg, Linda G. and Lezzoni, Lisa 1.
(1995) Quality in Calkins, D., Fernandopulle, R. J. and Marino, B. S. (Eds.) Health Care Policy, Oxford, Balck - well.

Gronroos, C.
(1984) Facing the Challenge of Service Com-



Payne, E.
(1998) The Essence of Marketing of Service, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice - Hall Book Co.

Pike, J. & Barnes, R.
(1998) T.Q. M. in Action A Practical Approach to Continuous Performance Improvement, Second Edition, London, Chapman & Hall, pp.88- 102.

Robinson, Stewart
(1999) "Measuring Service Quality : Current thinking and future requirements", Marketing Intelligence & Planning 17 -1.

Sasser, E. and Arbeit
(1979) "Selling Jobs in the Service Sector" Business Horizons, Vol. 19, 61 - 65.

Stewart Black, Senga Briggs, William Keogh
2001 Service Quality Performance measurement in public / private sectors, Journal Managerial Auditihg, Vol.. 16 No. 7, pp. 400 - 405.

Sudman, S.
(1976) Applied Sampling, New York : Academic Press.

Swan, J. E. & Comb, L. J.
(1976) "Product Performance and Consumer Satisfaction : A New Concept" Journal of Marketing, April, pp. 22 - 27.

Teas, K.
(1993) "Expectations, Performance Evaluation and Consumer's Perceptions of Quality", Journal of Marketing, 57 (October), pp. 18 - 34.

Teas, K.
(1994) "Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality : An Assessment of a Reassessment, Journal of Marketing, 58 (January), pp. 132 - 39

Zeithaml, V. A., Parasuraman, and Berry, L. L.
(1990) Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York : The Free Press.

dimentions and organizational performance in the case of business - to - business service Journal of Business & Industrial Marketing. 13 - 1.

Monica, Elaine and Morgan, P.
(1994) Management in Health Care : A theoretical and experiential approach, Kent, MacMillan.

Ovretveit. J.
(1990) What is Quality in Health service? Health Care Management (June) : 132 - 133 .

Palmer, R. H. Donabedian, A., Povar, GJ.
(1991) Striving for Quality in Health Care : An Inquiry into Policy and Practice. Ann Arbor, Michigan. HAP.

Parsuraman. A., Zeithaml, W. and Berry, L.
(1988) "SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", Journal of Retailing. Spring, 12 - 40.

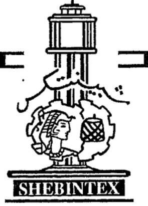
Parsuraman. A., Zeithaml, V. and Berry, L.
(1985) "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing. 49 (fall), 41 - 50.

Parsuraman. A., Zeithaml, V. and Berry, L.
(1990) "Guidelines for Conducting Service Quality Research", Journal of Marketing Research , 27 (December) 34 - 44.

Parsuraman. A., Zeithaml, V. and Berry, L.
(1991) "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale", Journal of Retailing. 67 (Winter), 420 - 50.

Parsuraman. A., Zeithaml, V. and Berry, L.
(1993) "More on Improving Service Quality Measurement", Journal of Retailing. 69 (Spring), 140 - 147.

Parsuraman. A., Zeithaml, V. and Berry, L.
(1994) "Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality:Implications for future Research" Journal of Marketing. 58 (January), 111 - 24.



تمثــل

شركة مصر / شبين الكوم للغزل والنسيج

صناعة الغزل والنسيج

واجهة مصر الصناعية المتقدمة فى هذا المجال ـ وتلك الحقيقة يؤكدها خجم ونوعية إنتاجها من الغزول وكذلك الإقبال المطرد الذى يلاقيه إنتاجها من هذه الغزول فى أسواق العالم شرقاً وغرباً .

- والشركة تفخر بإنتاجها المتطور والمتنوع من الخيوط : السميكة ـ والمتوسطة ـ والرفيعة وكلها تتطابق وأرقى المواصفات العالمية .
- قطـــن ١٠٠ ٪
- **الطرف المفتوح :** من نمرة ٨ إلى نمرة ١٨ (O . E) .
- **الغــزل الحلقى :** من نمرة ٢٤ إلى نمرة ٤٠ مسرحة وممشطة مفردة ومزوية للنسيج والتريكو .
- **ومن النمر الرفيعة :** من نمرة ٥٠ إلى ٩٤ ممشطة مفردة ومزوية للنسيج والتريكو .
- **خيوط الحياكة :** من نمرة ٢٠ إلى نمرة ٩٤ .
- **الخيوط المخلوطة :**
  - بوليستر / قطن ، بوليستر / فسكوز .
  من نمرة ١٨ إلى نمرة ٤٠ مسرحة للنسيج والتريكو مفردة ومزوية .
  - خيوط الشانيهات بأنواعها المختلفة .
- **الإكريلك :**

وقد أضافت إلى إنتاجها المتميز من القطن والمخلوط والطرف المفتوح خطاً جديداً لإنتاج الآتى :

* غزل الإكريلك : من نمرة ٢٨ مترى إلى ٥٠ نورمال وهاى بالك نسيج أو تريكو بالنظام الصوفى .
* غزل الإكريلك قطن / قطنى ٥٠ / ٥٠

وتغزو أسواق الشركة أسواق أوربا وآسيا حيث تقوم بتصدير معظم إنتاج مصانعها من خيوط الغزول المختلفة إلى مجموعة دول الاتحاد الأوربى ـ وباقى دول أوربا الغربية ـ وأسواق دول أوربا الشرقية ـ وأسواق الولايات المتحدة الأمريكية ـ كندا ـ اليابان ـ تايوان ـ وسوريا ـ قبرص ـ تركيا ـ لبنان .

الإدارة والمصانع : شبين الكوم   برقياً : شبينتكس .

تليفون : ٣١٤٠٠٠ ـ ٣١٤٢٠٠ ـ ٣١٤٣٠٠ (٠٤٨)

المكاتب : ـ الإسكندرية ت : ٤٨٣٣١٨٤ ـ ٤٨٦٥٢٣٦

ـ القاهرة ت : ٣٥٤٠٤٩٧

Fax : (048) 314100

التوقيع الإليكترونى

الأستاذ / إمام كامل

زميل جمعية الضرائب المصرية - زميل الجمعية المصرية للمالية العامة والضرائب

أطلق البعض على العصر الذى نعيشه عصر المعلومات بعد أن سطع نور فجر جديد هو فجر مجتمع المعلومات الكونى إذ أنه من الواضح أن العالم يعيش اليوم ثورة جديدة هى ثورة تكنولوجيا المعلومات ، فالمعلومات أصبحت أثمن الموارد على الإطلاق وتقدر قيمة أى منتج على أساس حجم المعرفة التى تدخل فى إنتاجه والمعلومة أصبحت هى السلعة الرئيسية فى العالم كله وقوة الدول تقاس بمقدار ما تنتجه من معلومات ومن صناعة المعلومات واستخدامها والتعامل معها فالمعلومة قوة وهى أغلى ما يمتلكه الإنسان على مر العصور وبفضل سهولة انسياب المعلومات عبر التقنية الحديثة التى لا تعرف حدوداً سياسية أو عقبات مادية تحول العالم الآن إلى قرية كونية صغيرة وتحول الإنسان إلى ما يمكن أن يطلق عليه المواطن العالمى .

لقد أصبح رجال الأعمال والشركات ومنظمات الأعمال يقومون باستخدام وسائل الاتصال الحديثة مثل الفاكس والبريد الإليكترونى فى إنجاز أعمالهم ومعاملاتهم .

وقد أتاح التطور فى مجال الاتصالات والمعلومات التعامل بنوع جديد من الكتابة والتوقيع عليها بأسلوب إليكترونى و حيث يجرى تبادل رسائل البيانات عبر شبكات الكمبيوتر مصحوبة بتوقيع أليكترونى لصاحب الرسالة بأسلوب التشفير أو التكويد .

وحيث إن القانون القائم لا يعرف الكتابة المثبتة للمعاملات إلا تلك المحملة على دعامات ورقية (المحررات الرسمية والعرفية) والموثقة بإحدى صور التوقيع التى نص عليها القانون وهى الإمضاء بخط اليد أو ببصمة الختم فالتوقيع أياً كان شكله هو الذى يعطى للورقة المكتوبة حجيتها القانونية ، فهو الذى يحدد هوية صاحبه ويعبر عن إرادته فى الالتزام بمضمون المستند وإقراره بصدوره منه .

والتوقيع الرقمى أو الإليكترونى هو إذن رقم أو رمز سرى ينشئه صاحبه باستخدام برامج حاسب آلى ينشأ دالة رقمية مرمزة لرسالة إليكترونية يجرى تشفيرها بإحدى خورازميات المفاتيح .

و **يلاحظ** من هذا أن التوقيع الإليكترونى يستغنى عن أساليب وضع التوقيع التقليدى على مستند ورقى والتى تقوم على استخدام حركة اليد .

و **يعتمد** على لوغاريتمات الترقيم أو الترميز ثم التشفير أو التكويد فى إخفاء معنى الرقم أو الرمز .

و **يتطلب** استخدام التوقيع الإليكترونى بطريقة آمنة اقترانه بأنظمة تأمين مثل نظام النداء العكسى أو مفاتيح الاختبار أو شفرة التحقق من صحة التوقيع أو برنامج المعاملات الإليكترونية الآمنة (SET) .

و **قد** ثبت أن استخدام التوقيع الإليكترونى الذى يقوم على تقنيات متقدمة تكفل تفرده وسريته ، مصحوباً بإجراءات التأمين يمكن أن يقوم بذات الوظائف التى يقوم بها التوقيع الخطى من حيث تحديد شخصية صاحبه وإقراره بمضمون التعامل الذى استخدم هذا التوقيع فى إنجازه ما دام التوقيع عبارة عن شفرة خاصة أو رقم سرى لا يعرفه إلا صاحبه .

ومن الواضح أيضاً أن إجراءات تأمين التوقيع الإليكترونى تجعله صعب الاختراق أو التقليد بعكس التوقيع على محرر ورقى الذى يسهل تزويره .

تزداد مصداقية التوقيع الإليكترونى خصوصاً فيما يتعلق بالتحقق من نسبته إلى صاحبه ، إذا ارتبط استخدامه بتدخل وسيط محايد للتصديق على توقيع صاحب رسالة البيانات بما يفيد صحته .

فإذا وضع التوقيع الإليكترونى على رسالة بيانات إليكترونية وضمنت جهة محايدة صحته فإن هذا يؤكد صدوره عن صاحبه وأنه لم يحدث تلاعب أو تحريف أو تعديل فى الرسالة.

وقد استجاب القانون المصرى فى مواضع متناثرة خصوصاً فى مجال التجارة ، إلى متطلبات التجارة الإليكترونية فقد أجاز قانون التجارة البحرية التوقيع على سند الشحن بأى وسيلة تقوم مقام الكتابة وهو ما يتيح تبنى الأساليب التقنية الحديثة المستعملة فى التوقيع.

كما أجاز قانون التجارة فى أحوال الاستعجال أن يكون إعذار المدين أو إخطاره فى المواد التجارية بأى وسيلة من وسائل الاتصال الحديثة وأسبغ على الصورة المصغرة الميكروفيلم حجية الأصل فى الإثبات متى استخدم فى إخراجها إجراءات أمن تضمن سلامتها .

ومما يذكر أيضاً أن ارتباط مصر ببعض الاتفاقات الدولية يلزم القضاة باعتماد مخرجات وسائل الاتصال الحديثة فى مجال الإثبات وذلك فى المعاملات التى تنطبق عليها هذه الاتفاقيات .

ويأتى فى هذا السياق النص فى الاتفاقيات الدولية الحديثة فى مجال النقل والتجارة على إمكانية استخدام الرسائل الإليكترونية وحلولها محل المستندات والتوقيعات الورقية .

ومثال ذلك أنه ورد فى اتفاقية هامبورج نص على أن يكون توقيع سند الشحن بوسيلة إليكترونية إذا كان ذلك لا يتعارض مع قوانين البلد الذى صدر فيه الشحن ، الأمر الذى أصبح معه الآن التوقيع الإليكترونى أحد الوسائل الحديثة التى لا يمكن الاستغناء عنها فى مجال التجارة الإليكترونية .

وفيما يلى : -

أولاً : قانون الأونيسترال النموذجى بشأن التوقيعات الإليكترونية باللغة العربية ٢٠٠١ ([1]) .

المادة (١) نطاق الانطباق : -

ينطبق هذا القانون حيثما تستخدم توقيعات إليكترونية فى سياق ([2]) أنشطة تجارية ([3]) وهو لا يلغى أى قاعدة قانونية يكون القصد منها حماية المستهلكين .

المادة (٢) التعاريف : -

لأغراض هذا القانون : -

(أ) "توقيع إليكترونى" يعنى بيانات فى شكل إليكترونى مدرجة فى رسالة بيانات أو مضافة إليها أو مرتبطة بها منطقياً ، يجوز أن تستخدم لتعيين هوية الموقع بالنسبة إلى رسالة البيانات ، ولبيان موافقة الموقع على المعلومات الواردة فى رسالة البيانات .

(ب) "شهادة" تعنى رسالة بيانات أو سجلا آخر يؤكدان الارتباط بين الموقع وبيانات إنشاء التوقيع .

(ج) "رسالة بيانات" تعنى معلومات يتم إنشاؤها أو إرسالها أو استلامها أو تخزينها بوسائل إليكترونية أو ضوئية أو بوسائل مشابهة ، بما فى ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، التبادل الإليكترونى للبيانات أو البريد الإليكترونى أو البرق أو التلكس أو النسخ البرقى .

(د) "موقع" يعنى شخصاً حائزاً على بيانات إنشاء توقيع ويتصرف إما بالأصالة عن نفسه وإما بالنيابة عن الشخص الذى يمثله .

(هـ) "مقدم خدمات تصديق" يعنى شخصاً يصدر الشهادات ويجوز أن يقدم خدمات أخرى ذات صلة بالتوقيعات الإليكترونية .

(و) "طرف معول" يعنى شخصاً يجوز أن يتصرف استناداً إلى شهادة أو إلى توقيع إليكترونى .

---

(١) مقتطف من تقرير لجنة الأمم المتحدة للقانون التجارى الدولى عن أعمال دورتها الرابعة والثلاثين ، المعقودة فى فيينا ، من ٢٥ .

(٢) تقترح اللجنة النص التالى للدول التى قد ترغب فى توسيع نطاق انطباق هذا القانون : ينطبق هذا القانون حيثما تستخدم توقيعات إليكترونية . باستثناء الأحوال التالية : [....] "

(٣) ينبغى تفسير مصطلح " تجارى " تفسيراً واسعاً بحيث يشمل المسائل الناشئة عن جميع العلاقات ذات الطابع التجارى ، سواء كانت تعاقدية أم غير تعاقدية وتشمل العلاقة ذات الطابع التجارى المعاملات التالية . على سبيل المثال لا الحصر : أى معاملة تجارية لتوريد أو تبادل البضائع أو الخدمات اتفاق التوزيع ، التمثيل التجارى أو الوكالة التجارية ، العولمة ، البيع الإيجارى ، تشييد المنشآت ، الخدمات الاستشارية ، الأعمال الهندسية منح الرخص ، الاستثمار ، التمويل ، الأعمال المصرفية ، التأمين ، اتفاق أو امتياز الاستغلال ، المشاريع المشتركة وغيرها من أشكال التعاون الصناعى أو الأعمال ، نقل البضائع أو الركاب جوا أو بحراً أو بالسكك الحديدية أو بالطرق البرية .

المادة (٣) : المعاملة المتكافئة لتكنولوجيات التوقيع :ـ

لا يطبق أى من أحكام هذا القانون ، باستثناء المادة ٥ ، بما يشكل استبعادا أو تقييداً أو حرماناً من مفعول قانونى لأى طريقة لإنشاء توقيع إليكترونى تفى بالاشتراطات المشار إليها فى الفقرة ١ من المادة ٦ أو تفى على أى نحو آخر بمقتضيات القانون المنطبق .

المادة (٤) : التفسير :ـ

١ ـ يولى الاعتبار فى تفسير هذا القانون لمصدره الدولى وللحاجة إلى تشجيع توحيد تطبيقه ومراعاة حسن النية .

٢ ـ المسائل المتعلقة بالأمور التى يحكمها هذا القانون ولا يساويها صراحة ، يساوى وفقاً للمبادئ العامة التى يستند إليها هذا القانون .

المادة (٥) : التغيير بالاتفاق :ـ

يجوز الاتفاق على الخروج على أحكام هذا القانون أو تغيير مفعولها ، مالم يكن من شأن ذلك الاتفاق أن يكون غير صحيح أو غير سارى المفعول بمقتضى القانون المنطبق .

المادة (٦) : الامتثال لاشتراط التوقيع:ـ

١ ـ حيثما يشترط القانون وجود توقيع من شخص ، يعد ذلك الاشتراط مستوف بالنسبة إلى رسالة البيانات إذا استخدم توقيع إليكترونى موثوق به بالقدر المناسب للغرض الذى أنشئت أو أبلغت من أجله رسالة البيانات ، فى ضوء كل الظروف ، بما فى ذلك أى اتفاق ذى صلة .

٢ ـ تنطبق الفقرة ١ سواء أكان الاشتراط المشار إليه فيها فى شكل التزام أم كان القانون يكتفى بالنص على تبعات تترتب على عدم وجود توقيع .

٣ ـ يعتبر التوقيع الإليكترونى موثوقاً به لغرض الوفاء بالاشتراط المشار إليه فى الفقرة ١ إذا :

(أ) كانت بيانات إنشاء التوقيع مرتبطة ، فى السياق الذى تستخدم فيه بالموقع دون أى شخص آخر .

(ب) كانت بيانات إنشاء التوقيع خاضعة ، وقت التوقيع ، لسيطرة الموقع دون أى شخص آخر .

(ج) كان أى تغيير فى التوقيع الإليكترونى يجرى بعد حدوث التوقيع ، قابلاً للاكتشاف .

(د) كان الغرض من اشتراط التوقيع قانوناً هو تأكيد سلامة المعلومات التى يتعلق بها التوقيع وكان أى تغيير يجرى فى تلك المعلومات بعد وقت التوقيع قابلاً للاكتشاف .

٤ ـ لا تحد الفقرة ٣ من قدرة أى شخص :

(أ) على القيام بأى طريقة أخرى بإثبات موثوقية التوقيع الإليكترونى، لغرض الوفاء بالاشتراط المشار إليه فى الفقرة ١ أو

(ب) على تقديم دليل على عدم موثوقية التوقيع الإليكترونى .

٥ ـ لا تنطبق أحكام هذه المادة على ما يلى : (............) .

المادة (٧) : الوفاء بالمادة ٦ : ـ

١ ـ يجوز لـ (أى شخص أو جهاز أو سلطة تعينهم الدولة المشروعة جهة مختصة ، سواء كانت عامة أم خاصة) تحديد التوقيعات الإليكترونية التى تفى بأحكام المادة ٦ من هذا القانون .

٢ ـ يتعين أن يكون أى تحديد يتم بمقتضى الفقرة ١ متسقاً مع المعايير الدولية المعترف بها .

٣ ـ ليس فى هذه المادة ما يخل بسريان مفعول قواعد القانون الدولى الخاص .

المادة (٨) : سلوك المُوَقِّع : ـ

١ ـ حيثما يمكن استخدام بيانات إنشاء التوقيع لإنشاء توقيع له مفعول قانونى ، يتعين على كل موقع :

(أ) أن يمارس عناية معقولة لاجتناب استخدام بيانات إنشاء توقيعه استخداما غير مأذون به .

(ب) أن يبادر ، دون تأخر لا مسوغ له ، إلى استخدام الوسائل التى يوفرها مقدم خدمات التصديق بمقتضى المادة ٩ من هذا القانون ، أو على أى نحو آخر إلى بذل جهود معقولة ، لإشعار أى شخص يجوز للموقع أن يتوقع منه على وجه معقول أن يعول على التوقيع الإليكترونى أو أن يقدم خدمات تأييداً للتوقيع الإليكترونى ، وذلك فى حالة :

١ ـ معرفة الموقع بأن بيانات إنشاء التوقيع تعرضت لما يثير الشبهة ، أو .

٢ ـ كون الظروف المعروفة لدى الموقع تؤدى إلى احتمال كبير بأن بيانات إنشاء التوقيع ربما تكون قد تعرضت لما يثير الشبهة .

(ج) أن يمارس فى حالة استخدام شهادة لتأييد التوقيع الإليكترونى ، عناية معقولة لضمان دقة واكتمال كل ما يقدمه الموقع من تأكيدات مادية ذات صلة بالشهادة طوال دورة سريانها أو يُتوخى إدراجها فى الشهادة .

٢ ـ يتحمل الموقع التبعات القانونية لتخلفه عن الوفاء باشتراطات الفقرة ١ .

المادة (٩) : سلوك مقدم خدمات التصديق : ـ

١ ـ حيثما يوفر مقدم خدمات التصديق خدمات لتأييد توقيع إليكترونى يجوز استخدامه لإعطاء مفعول قانونى بصفته توقيعا، يتعين على مقدم خدمات التصديق المشار إليه .

(أ) أن يتصرف وفقاً للتأكيدات التى يقدمها بخصوص سياساته وممارساته .

(ب) أن يمارس عناية معقولة لضمان دقة واكتمال كل ما يقدمه من تأكيدات

جوهرية ذات صلة بالشهادة طوال دورة سريانها ، أو مدرجة فى الشهادة .

(ج) أن يوفر وسائل يكون الوصول إليها متيسراً بقدر معقول وتمكن الطرف المعوَّل من التأكد من الشهادة مما يلى :-

«١» هوية مقدم خدمات التصديق .

«٢» أن الموقع المعينة هويته فى الشهادة كان يسيطر على بيانات إنشاء التوقيع فى الوقت الذى أصدرت فيه الشهادة .

«٣» أن بيانات إنشاء التوقيع كانت صحيحة فى الوقت الذى أصدرت فيه الشهادة أو قبله .

(د) أن يوفر وسائل يكون الوصول إليها متيسراً بقدر معقول وتمكن الطرف المعول من التأكد عند الاقتضاء ، من الشهادة أو من سواها ، مما يلى :-

«١» الطريقة المستخدمة فى تعيين هوية الموقع .

«٢» وجود أى تقييد على الغرض أو القيمة التى يجوز أن تستخدم من أجلها بيانات إنشاء التوقيع أو أن تستخدم من أجلها الشهادات .

«٣» إن بيانات إنشاء التوقيع صحيحة ولم تتعرض لما يثير الشبهة .

«٤» وجود أى تقييد على نطاق أو مدى المسئولية التى اشترطها مقدم خدمات التصديق .

«٥» ما إذا كانت هناك وسائل متاحة للموقع لتقديم إشعار بمقتضى الفقرة ١ (ب) من المادة ٨ من هذا القانون .

«٦» ما إذا كانت تتاح خدمة إلغاء آنية .

(هـ) أن يوفر ، حيثما تقدم الخدمات بمقتضى الفقرة الفرعية (د) «٥» وسيلة للموقع لتقديم إشعار بمقتضى الفقرة ١ (ب) من المادة ٨ من هذا القانون وأن يضمن حيثما تقدم الخدمات بمقتضى الفقرة الفرعية (د) «٦» إتاحة خدمة إلغاء آنية .

(و) أن يستخدم فى أداء خدماته نظماً وإجراءات وموارد بشرية جديرة بالثقة .

٢ - يتحمل مقدم خدمات التصديق التبعات القانونية لتخلفه عن الوفاء باشتراطات الفقرة ١ .

المادة (١٠) : الجدارة بالثقة :-

لأغراض الفقرة ١ و من المادة ٩ من هذا القانون ، يجوز لدى تقرير ما إذا كانت أى نظم وإجراءات وموارد بشرية يستخدمها مقدم خدمات التصديق جديرة بالثقة أو مدى جدارتها بالثقة ، إيلاء الاعتبار للعوامل التالية :

(أ) الموارد المالية والبشرية ، بما فى ذلك توافر الموجودات . أو

(ب) جودة نظم المعدات والبرمجيات . أو

(جـ) إجراءات تجهيز الشهادات وطلبات

الحصول على الشهادات والاحتفاظ بالسجلات ، أو

(د) إتاحة المعلومات للموقعين المعينة هويتهم فى الشهادات وللأطراف المعولة المحتملة ، أو.

(هـ) انتظام ومدى مراجعة الحسابات من جانب هيئة مستقلة ، أو .

(و) وجود إعلان من الدولة أو من هيئة اعتماد أو من مقدم خدمات التصديق بخصوص الامتثال لما سبق ذكره أو بخصوص وجود ، أو .

(ز) أى عامل آخر ذى صلة .

المادة (١١) : سلوك الطرف المعول :-

يتحمل الطرف المعول التبعات القانونية الناجمة عن تخلفه عن :

(أ) اتخاذ خطوات معقولة للتحقق من موثوقية التوقيع الإليكترونى ، أو.

(ب) اتخاذ خطوات معقولة إذا كان التوقيع الإليكترونى مؤيداً بشهادة لأجل :

«١» التحقق من صلاحية الشهادة أو وقفها أو إلغائها .

«٢» مراعاة وجود أى تقييد بخصوص الشهادة .

المادة (١٢) : الاعتراف بالشهادات والتوقيعات الإليكترونية الأجنبية :-

١ - لدى تقرير ما إذا كانت الشهادة أو التوقيع الإليكترونى سارى المفعول قانوناً ، أو مدى كونهما كذلك لا يولى أى اعتبار لما يلى :

«أ» الموقع الجغرافى الذى تصدر فيه الشهادة أو ينشأ أو يستخدم فيه التوقيع الإليكترونى ، أو.

«ب» الموقع الجغرافى لمكان عمل المصدر أو الموقع .

٢ - يكون للشهادة التى تصدر خارج (الدولة المشترعة) المفعول القانونى نفسه فى (الدولة المشترعة) الذى للشهادة التى تصدر فى (الدولة المشترعة) إذا كانت تتيح مستوى مكافئاً جوهرياً من الموثوقية.

٣ - يكون للتوقيع الإليكترونى الذى ينشأ أو يُستخدم خارج (الدولة المشرعة) المفعول القانونى نفسه فى (الدولة المشرعة) الذى للتوقيع الإليكترونى الذى ينشأ أو يستخدم فى (الدولة المشرعة) إذا كان يتيح مستوى مكافئاً جوهرياً من الموثوقية .

٤ - لدى تقرير ما إذا كانت الشهادة أو التوقيع الإليكترونى يتيحان مستوى مكافئاً جوهرياً من الموثوقية لأغراض الفقرة ٢ أو الفقرة ٣ ، يولى الاعتبار للمعايير الدولية المعترف بها ولأى عوامل أخرى ذات صلة.

٥ - إذا اتفقت الأطراف فيما بينها ، برغم ما ورد فى الفقرات ٢ و ٣ و ٤ على استخدام أنواع معينة من التوقيعات الإليكترونية أو الشهادات ، يتعين الاعتراف بذلك الاتفاق باعتباره كافياً لأغراض الاعتراف عبر الحدود ، مالم يكن من شأن ذلك الاتفاق أن يكون غير صحيح أو غير سارى المفعول بمقتضى القانون المنطبق .

المراجع

١ - مسائل فى إثبات عقود التجارة الإليكترونية (دبى - ٢٠٠٠)
أ. د/ أحمد شرف الدين .

٢ - الوعى التاريخى والثورة الكونية (القاهرة - ١٩٩٥)
أ. / السيد ياسين

٣ - شبكة الإنترنت أ. / بهاء شاهين

٤ - قانون العقوبات ومخاطر تقنية المعلومات
د. / هشام محمد فريد

٥ - عقود خدمات المعلومات
د. / حسام لطفى

٦ - مشكلات المسئولية الحديثة فى مواجهة فيروس الحاسب .
د. / عزة محمود أحمد خليل

٧ - انعكاسات الطابع الدولى للحماية القانونية فى مجال التجارة الإليكترونية (مارس ٢٠٠٣)
أ. د/ أبو العلا على أبو العلا النمر

٨ - التوقيع الإليكترونى - قواعد الإثبات ومقتضيات الأمان فى التجارة الإليكترونية (مارس ٢٠٠٣)
أ. د/. أحمد شرف الدين



خطة مشاركة العاملين فى الأسهم
(Stock Option Plans)

عبدالله العادلى
شريك ضرائب - برايس ووتر هاوس كوبرز
زميل جمعية الضرائب المصرية - زميل جمعية المحاسبين والمراجعين المصرية

قد تختار الشركة أن تقترح خطة لشراء العاملين لديها جزءاً من أسهمها عند سعر معين يكون منخفضاً عن سعر تداول الأسهم فى سوق الأوراق المالية وتتحمل الشركة قيمة الشراء وقيمة الخصم أو التخفيض فى السعر ويتم خصم قيمة ما تتحمله الشركة من مرتبات الموظفين فى حدود معينة يتفق عليها .

ويتم ذلك كوسيلة لجعل العاملين أصحاب لجزء من رأس المال كحافز على الاستمرار فى الشركة والأداء بشكل متميز يعظم من أرباح الشركة ويحسن من منتجاتها أو خدماتها ويحافظ على أصولها المادية والبشرية مما يعود بالنفع على العاملين وأصحاب الأسهم مجتمعين.

ويمكن أن يتم ذلك بشراء الأسهم من سوق الأوراق المالية أو من أسهم الخزانة المتوافرة لدى الشركة ويعتبر تاريخ اقتراح الخطة هو تاريخ المنح أو الضمان (Grant Date) . ويتم تحديد العاملين الذين يمكنهم الاستفادة من ممارسة هذا الحق (Exercise) ويتم تحديد التاريخ الذى يمكن للعاملين ممارسة هذا الحق من بعده (Vesting Period) كما يتم تحديد النسبة (Spread) التى تتحملها الشركة نيابة عن العاملين الذين يختارون ممارسة هذا الحق وعادة ما يتم تكليف إحدى المؤسسات المالية وتسمى بالوكيل (Agent) لإدارة هذه الخطة مقابل عمولة يتحملها العاملون .

والعامل الذى يقرر ممارسة هذا الحق يتم شراء أسهما تسجل باسمه ويتم الاحتفاظ بها بواسطة الوكيل إلى أن يقرر العامل بيعها فى تاريخ لاحق ، ومن الطبيعى أنه أثناء فترة ملكية الأسهم قد يتم توزيع أرباح (Proceeds) يستطيع العامل أما استلامها نقداً أو إعادة استثمارها فى شراء أسهم جديدة تنطبق عليها نفس الشروط السابقة .

وعند بيع هذه الأسهم قد يحقق العامل أرباحا رأسمالية نتيجة لزيادة سعر البيع عن سعر الشراء أو يحقق خسائر رأسمالية نتيجة لانخفاض سعر البيع عن سعر الشراء .

المعاملة الضريبية لخطة شراء الأسهم

يرى الكاتب أنه بالرغم من انتشار هذا النوع

من المزايا بأشكال كثيرة فى الشركات الدولية أو متعددة الجنسيات إلا إنه غير معروف فى مصر بالنسبة للشركات المصرية ولكن قد يتمتع بعض العاملين المصريين لدى الشركات الدولية أو متعددة الجنسيات بهذا النوع من المزايا الوظيفية .

وبالرغم من وجود معالجة واضحة لهذا النوع من المزايا على تعدد أنواعها وصورها فى التشريعات الضريبية فى معظم بلدان العالم إلا أن التشريع الضريبى المصرى لم يتناول هذا النوع من المزايا والأرباح .

ويرى الكاتب بالرغم من عدم وجود نصوص ضريبية خاصة وواضحة تعالج خطط أسهم العاملين إلا أنه يمكن معاملة هذه الخطط كما يلى :

تكلفة شراء الأسهم .

فى حالة تكبد الموظف بالتكلفة الكلية للأسهم أو عدم تكبد صاحب العمل (محلياً أو دولياً) بأية تكاليف فى هذا الشأن فلا مجال للخضوع لأى نوع من الضرائب المصرية .

إلا أنه فى حالة تكبد صاحب العمل (محلياً أو دولياً) بنسبة من تكلفة الشراء سواء عن طريق سداد جزء أو كل تكلفة شراء الأسهم أو منح العامل خصماً على التكلفة السوقية للأسهم أو بأى شكل أخر فإن مما تتكبده الشركة يضاف لوعاء الضريبة الموحدة على المرتبات والأجور ويطبق عليها نفس أسعارها .

ولكن تبرز هنا مشكلة أنه بإضافة هذه المبالغ على المرتبات تستحق ضرائب مرتبات واجبة الخصم من المرتب مما قد يؤثر على صافى المرتب فى شهر معين مما يتعين معه وجوب وجود نص يسمح بتقسيط الضريبة المستحقة عن شراء الأسهم على عدة أقساط أو فترة زمنية محددة .

توزيعات أرباح الأسهم

فى حالة توزيع أرباح عن تلك الأسهم فإن العامل المصرى يلتزم بإخطار مصلحة الضرائب بذلك وإخضاع تلك التوزيعات للضريبة الموحدة على إيرادات رؤوس الأموال المنقولة بسعر ٣٢٪ أو طبقاً للسعر المنخفض فى اتفاقيات تجنب الازدواج الضريبى المبرمة بين دولة المصدر وجمهورية مصر العربية ويلتزم العامل بالإقرار عن تلك المبالغ بالرغم من التزام الجهة التى يتم التحويل عن طريقها (غالباً البنوك) بخصم الضريبة من المنبع وتوريدها إلى مصلحة الضرائب .

الأرباح الرأسمالية

فى حالة قرار العامل ببيع الأسهم المحتفظ بها باسمه فإنه قد تحقق أرباح رأسمالية نتيجة لارتفاع سعر السوق عن تكلفة الشراء وفى هذه الحالة فأن الأرباح الرأسمالية لا تخضع للضرائب فى مصر باعتبار أن الأرباح الرأسمالية محققة عن تعامل تم فى الخارج مما يخرج عن إقليمية الضريبة على الأرباح التجارية .

ويرى الكاتب من الأهمية الاهتمام بهذا النوع من الإيرادات وتنظيمه فى القانون الضريبى المصرى حتى لا تتسرب مبالغ طائلة من حصيلة الخزانة العامة فى مصر.

الحوافز الضريبية لمشروعات المناطق الحرة

إعداد / حمدى هيبة
المستشار الضريبى بمكتب (المحاسبون المتضامنون)

الأصل أن مشروعات المناطق الحرة لا تخضع لأحكام قوانين الضرائب والرسوم السارية فى مصر ، إلا أنه يشذ عن ذلك حصول المشروعات على إعفاء من بعض أنواع الضرائب والرسوم إعفاءً مطلقاً أو إعفاءً مؤقتاً فضلاً عن خضوع المشروعات لرسم سنوى مقابل خدمات ، وسوف نتناول ذلك على النحو التالى :-(•)

أولاً : الإعفاءات :

١ - إعفاء من الضرائب الجمركية والضريبة العامة على المبيعات : -

يعفى من الضرائب الجمركية والضريبة العامة على المبيعات وغيرها من الضرائب والرسوم جميع الأدوات والمهمات والآلات ووسائل النقل الضرورية لمزاولة النشاط المرخص به للمشروعات داخل المناطق الحرة عدا سيارات الركوب .

٢ - إعفاء من ضريبة الدمغة ومن رسوم التوثيق والشهر : -

يعفى من ضريبة الدمغة ومن رسوم التوثيق والشهر عقود تأسيس الشركات والمنشآت وعقود القرض والرهن المرتبطة بأعمالها وذلك لمدة ثلاث سنوات من تاريخ القيد فى السجل التجارى .

كما يعفى من الضريبة والرسوم المشار إليها

(•) مادة ٣٢ / ٢ من القانون

عقود تسجيل الأراضى اللازمة لإقامة الشركات والمنشآت (•).

وقد سبق أن تعرضنا ـ فى الفصل السادس من هذا الكتاب ـ للفروق الجوهرية بين هذا النص والنص المقابل فى القانون رقم ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ الملغى .

ثانياً : عدم الخضوع للضرائب :

١ - عدم خضوع للضرائب الجمركية والضريبة العامة على المبيعات : -

لا تخضع البضائع التى تصدرها مشروعات المنطقة الحرة إلى خارج البلاد ، أو تستوردها لمزاولة نشاطها للضرائب الجمركية والضريبة العامة على المبيعات وغيرها من الضرائب والرسوم (••).

٢ - عدم الخضوع لأحكام قوانين الضرائب والرسوم السارية فى مصر : -

لا تخضع المشروعات التى تقام فى المناطق الحرة والأرباح التى توزعها لأحكام قوانين الضرائب والرسوم السارية فى مصر (•••).

وهذا النص فى الواقع قد وضع قاعدة عامة مؤداها عدم خضوع المشروعات المقامة فى المناطق الحرة لأحكام قوانين الضرائب على الدخل والضرائب العقارية على إيرادات المبانى والأراضى وضريبة الدمغة ..... إلخ وعدم الالتزام بالأحكام الواردة فى هذه القوانين وهو ما يعنى على سبيل المثال : -

- عدم الالتزام بتقديم الإقرار الضريبى السنوى .
- عدم الالتزام باقتطاع ضرائب القيم المنقولة المستحقة على أعضاء مجالس الإدارة أو المستحقة على أصحاب القروض والودائع .
- عدم الالتزام بتطبيق أحكام إقتطاع ضريبة المرتبات شهرياً وتوريدها .
- عدم الالتزام بتطبيق أحكام الخصم والإضافة .
- عدم خضوع الأرباح الموزعة لمكافآت أعضاء مجلس الإدارة للضريبة الموحدة على إيرادات القيم المنقولة .
- عدم خضوع الأرباح الموزعة على العاملين للضريبة الموحدة على إيرادات المرتبات وما فى حكمها .
- عدم خضوع الإعلانات التى تتم لمصلحة المشروعات لضريبة الدمغة .

والنص السابق له مقابل فى قانون الاستثمار الملغى رقم ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ ، وكذلك فى القانون رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٤ بإصدار قانون استثمار المال العربى والأجنبى إلا أن النص فى القانون رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٤ كان يقضى بإعفاء المشروعات التى تقام بالمنطقة الحرة والأرباح التى توزعها من أحكام قوانين الضرائب والرسوم فى جمهورية مصر العربية .

ويلاحظ أن النص على «الإعفاء» إنما يعنى أن الأصل هو خضوع المشروعات فى المناطق

(•) هذا هو نص المادة (٢٠) من القانون خاصة بالاستثمار الداخلى إلا أن المادة ٤٦ من القانون أحالت إليها بأن تسرى على الاستثمار فى المناطق الحرة

(••) مادة ٣٢ / ١ من القانون

(•••) مادة ٣٥ / ١ من القانون

الحرة لأحكام قوانين الضرائب والاستثناء هو الإعفاء منها أما النص على « عدم الخضوع » هو تعبير أقوى ويعنى أن الأصل هو عدم الخضوع لأحكام القوانين المذكورة وهو ما يبعث الثقة والاطمئنان لدى المستثمرين فى هذه المناطق .

● بعض المشكلات الضريبية التى تثار بالنسبة لمشروعات المناطق الحرة :

١ - حالة انتقال مشروع من المنطقة الحرة إلى داخل البلاد :

قد يفشل مشروع معين فى الاستمرار فى مزاولة نشاطه داخل المنطقة الحرة ويرغب فى الانتقال إلى خارج هذه المنطقة فكيف تكون المعاملة الضريبية له ؟

نحن نرى أنه يجب أن نفرق بين حالتين :

أ - إذا نقل المشروع خارج المنطقة الحرة ولم يحدث أى تغيير فى شكله القانونى أو فى نوع النشاط الذى يمارسه وما زال يعمل تحت مظلة قانون الاستثمار فإنه فى هذه الحالة يستكمل مدد الإعفاء المنصوص عليها فى المادتين ١٦ ، ١٧ من القانون . فمثلاً لو أن المشروع قضى فى المنطقة الحرة ثلاث سنوات ثم انتقل بعدها إلى إحدى المجتمعات العمرانية الجديدة فإنه يتمتع بإعفاء ضريبى مدته سبع سنوات .

ب - إذا انتقل المشروع خارج المنطقة الحرة وتغير كيانه القانونى أو نوع نشاطه أو الإنتاج الذى يزاوله وما زال يعمل فى ظل قانون الاستثمار فإنه يتمتع بإعفاء ضريبى جديد لأننا فى هذه الحالة سنكون أمام شكل قانونى جديد ونشاط جديد .

٢ - قيام بعض المشروعات بتخزين الآلات والمعدات داخل المنطقة الحرة مع قيام تلك المشروعات بتأجير الآلات والمعدات للعمل داخل البلاد :

فى رأينا أنه طبقاً لمعيار المكانية الذى يطبق على مشروعات الاستثمار فى المناطق الحرة فإن هذه المشروعات يطبق عليها أحكام المادة (٣٥) من القانون ، أى لا تخضع للضريبة طالما هى قائمة وتباشر نشاطها فى داخل المناطق الحرة ، أما إذا امتد نشاطها خارج هذه المناطق وباشرت عمليات تأجير الآلات والمعدات فإنها بذلك تكون قد خرجت عن النطاق المكانى ولا يطبق على هذا النشاط أحكام المادة المذكورة إلا أنه إذا كان نشاط التأجير خارج المنطقة الحرة قد ورد فى الترخيص الصادر من الهيئة العامة للاستثمار ، فإننا نرى عدم خضوع هذا النشاط خارج المناطق الحرة للضريبة .

جدير بالذكر أنه قد صدرت فتوى الجمعية العمومية لقسمى الفتوى والتشريع بمجلس الدولة فى ظل القانون رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٤ بإصدار قانون استثمار المال العربى

والأجنبى فى ١٩٨٥/٦/٢٩ بناء على طلب الهيئة العامة للاستثمار (•) بعدم سلامة التراخيص الممنوحة لبعض المشروعات فى المناطق الحرة بتأجير الآلات والمعدات للعمل داخل البلاد وخضوع هذا النشاط تبعاً لذلك للضرائب على الدخل ، ثم تتابعت بعد ذلك الفتاوى المؤيدة وهو ما جعل مصلحة الضرائب تقرر خضوع المشروعات العاملة فى المناطق الحرة والتى تزاول نشاط تأجير المعدات والآلات داخل البلاد ـ سواء تم ذلك بترخيص من هيئة الاستثمار أو بدون ترخيص ـ للضرائب على الدخل .

ومن جانبنا نرى أن هذه الفتاوى قد جانبها الصواب حيث لا يملك أحد أن يقرر بعدم سلامة التراخيص التى تصدرها الهيئة العامة للاستثمار ذلك أن الهيئة المذكورة هى المنوط بها تنفيذ قانون الاستثمار ، وهى المنوط بها منح التراخيص اللازمة فى ضوء ما تراه محققاً لأهداف قانون الاستثمار .

لذلك فقد تراجعت مصلحة الضرائب عن موقفها وأصدرت التعليمات التفسيرية العامة رقم (٤) لسنة ١٩٩٦ أوضحت فيها أنه طالما كان المشروع المقام بنظام المناطق الحرة يمارس نشاطه فى حدود الترخيص الصادر من الهيئة العامة للاستثمار استحق الإعفاء الضريبى المطلق دون قيد زمنى .

(•) من بحث للأستاذ / سمير سعد مرقص مدير عام بمصلحة الضرائب والمنشور بمجلة التشريع المالى والضريبى العدد (٢٨٤) .

٣ - بالنسبة لمدى خضوع بيع البضائع المصنعة فى المناطق الحرة داخل البلاد للضريبة على الدخل :

كان هناك اتجاه يرى عدم خضوع هذا النشاط للضريبة إلا أن هذا الاتجاه حججه ضعيفة والاتجاه الأقوى والذى أصبح مستقراً هو خضوع نشاط بيع البضائع المصنعة فى المنطقة الحرة للضريبة فى حالة بيعها داخل البلاد .

٤ - مدى خضوع مبيعات المشروعات العاملة بنظام المناطق الحرة داخل البلاد للضريبة على الدخل :

كانت هذه مسألة خلافية منذ العمل بالقانون رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٤ بشأن استثمار المال العربى والأجنبى وبمتابعة إحدى الحالات (••) نجد أن المأمورية أيدت خضوع هذه المبيعات للضريبة ، بينما اتجهت لجنة الطعن إلى التمتع بالإعفاء ، أما المحكمة الابتدائية فقد أيدت خضوع أرباح المشروعات العاملة بنظام المناطق الحرة للضريبة من جراء البيع فى السوق المحلى ، وبالتالى تأييد المأمورية فى الحالة المعروضة أمامها ، ولما طعنت المنشأة التى جرى الخلاف بشأنها فى الحكم الابتدائى وعرض الخلاف على محكمة الاستئناف

(••) نفس المرجع السابق الإشارة إليه عند عرض المشكلة رقم (٢) .

حكمت بإلغاء الحكم المستأنف وتأييد قرار لجنة الطعن ثم رفع الأمر إلى محكمة النقض ولم تفصل فيه حتى الآن .

ونرى أنه طبقاً للمعيار المكانى الذى يقصر عدم الخضوع للضريبة على مشروعات المناطق الحرة - فإن مبيعات مشروعات المناطق الحرة داخل البلاد تخضع للضريبة على الدخل ومع ذلك إذا كان الترخيص ينص صراحة على البيع داخل البلاد فإن عدم الخضوع يمتد ليشمل هذه المبيعات (راجع التعليمات التفسيرية العامة رقم (٤) لسنة ١٩٩٦ السابق الإشارة إليها) .

٥ - مدى خضوع الأرباح الرأسمالية للضريبة :

فى ظل ق ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ أصدرت مصلحة الضرائب تعليماتها التفسيرية رقم (١) لسنة ١٩٩٥ والمبنية على فتوى إدارة الفتوى بمجلس الدولة ملف رقم ٤ / ١ / ٦٠٨٣ فى ١٥ / ٦ / ١٩٩٥ بخضوع الأرباح الرأسمالية للضريبة الموحدة أو الضريبة على أرباح شركات الأموال بحسب الأحوال استناداً إلى أن بيع أصل من الأصول لا يعد نشاطاً استثمارياً وبالتالى لا يسرى بشأنه المزايا والإعفاءات المنصوص عليها فى قانون الاستثمار .

ونحن نعارض هذه الفتوى ونرى عدم خضوع الأرباح الرأسمالية للضريبة استناداً إلى ما يلى :-

أ - أن مصلحة الضرائب سبق أن أصدرت تعليمات تفسيرية رقم (١) لسنة ١٩٩١ للمادة (٣٧) من القانون رقم ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ الملغى - عندما لاحظت أن بعض المأموريات تخضع رؤوس أموال مشروعات المناطق الحرة لضريبة الدمغة النسبية على رأس المال - وانتهت فى التعليمات إلى عدم خضوع المشروعات المذكورة لأحكام قوانين الضرائب والرسوم بما فيها ضريبة الدمغة النسبية على رؤوس الأموال .

ونضيف من جانبنا أن عبارة « أحكام قوانين الضرائب والرسوم تشمل الضريبة على الأرباح الرأسمالية .

ب - إن بيع أصل رأسمالى لا يعنى أن المشروع قد خرج عن الغرض المرخص له به إذ أن هذه العملية لا تتم عادة بغرض تحقيق الربح ، إنما بغرض التخلص من أصل لا يحتاجه المشروع .

ج - إن الرسم الوحيد الذى تخضع له مشروعات المناطق الحرة ، والذى يعد استثناء من القاعدة العامة المنصوص عليها فى قانون الاستثمار الحالى والملغى بعدم خضوع المشروعات فى المناطق الحرة لأحكام قوانين الضرائب والرسوم - هو فقط الرسم السنوى المحدد مقداره بـ ١٪ من قيمة السلع الداخلة إلى المناطق الحرة أو الخارجة منها أو من إجمالى الإيرادات التى يحققها المشروع .

ولو أراد المشرع إخضاع الأرباح الرأسمالية للضريبة لنص على ذلك صراحة مثلما نص على الرسم السنوى .

٦ - مدى خضوع نشاط التشغيل لحساب الغير للضرائب على الدخل :

نعتقد أن نشاط التشغيل للغير - إذا كان هذا الغير مشروعات المناطق الحرة فإنه لا توجد ثمة مشكلة طالما أن البضاعة التى يتم تشغيلها لن يتم إعادتها داخل البلاد أما التشغيل للغير مع إعادة البضاعة المشغلة إلى داخل البلاد فقد كانت المشروعات وتساندها الهيئة فى ظل ق ٤٣ لسنة ١٩٧٤ ترى عدم خضوع هذا النشاط داخل المناطق الحرة للضريبة ، إلا أن مصلحة الضرائب كانت ترى خضوع نشاط التشغيل للغير مع إعادة البضاعة المشغلة إلى داخل البلاد .

ومن جانبنا نؤيد هذا الاتجاه حيث إن التشغيل للغير ليس من الأهداف التى من أجلها تنشأ المناطق الحرة ومع ذلك إذا رخصت الهيئة العامة للاستثمار والمناطق الحرة بنشاط التشغيل للغير مع إعادة البضاعة المشغلة إلى داخل البلاد فإن المرخص له يتمتع بالإعفاءات والمزايا المنصوص عليها فى قانون ضمانات وحوافز الاستثمار وبالتالى عدم الخضوع للضريبة على الدخل عن هذا النشاط حيث تنص المادة ٣١ / ٣ من القانون على أنه « لا يتمتع المرخص له بالإعفاءات أو المزايا المنصوص عليها فى هذا القانون إلا فى حدود الأغراض المبينة فى الترخيص » .

ثالثاً : خضوع المشروعات لرسم سنوى ومقابل ا لخدمات :

١ - الرسم السنوى : -

تنص المادة ٣/٢/٣٥ على أن : -

تخضع المشروعات التى تقام فى المناطق الحرة لرسم سنوى مقداره (١٪) من قيمة السلع عند الدخول بالنسبة لمشروعات التخزين ومن قيمة السلع عند الخروج بالنسبة لمشروعات التصنيع والتجميع وتعفى من هذا الرسم تجارة البضائع العابرة (ترانزيت) المحددة الجهة .

وتخضع المشروعات التى لا يقتضى نشاطها الرئيسى إدخال أو إخراج سلع لرسم سنوى مقداره (١٪) من إجمالى الإيرادات التى تحققها وذلك من واقع الحسابات المعتمدة من أحد المحاسبين القانونيين » .

وهذا النص كان يقابله نص مماثل فى القانون ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ الملغى حيث كان يفرض الرسم بنفس النسبة ١٪ من قيمة السلع الداخلة للمشروعات أو الخارجة منها دون تفرقة بين الأنشطة المختلفة .

وكانت هناك دعوة فى ظل القانون ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ بإلغاء نسبة الـ ١٪ هذه باعتبار أن مشروعات المناطق الحرة تعمل فى جو من التنافس العالمى وهى منافسة شديدة

فضلاً عن أن توحيد هذا الرسم بنسبة ١٪ دون تفرقة بين نشاط التخزين ونشاط التصنيع ونشاط الخدمات قد لا يحقق العدالة بين الأنشطة المختلفة نظراً لاختلاف طبيعة كل نشاط وما يحققه من أرباح .

وبصدور القانون رقم ٨ لسنة ١٩٩٧ أبقى على الرسم وبنفس النسبة ـ ولكن جاءت اللائحة التنفيذية لهذا القانون فميزت بين الأنشطة عند حساب هذا الرسم على الوجه الآتى :ـ

أ ـ يحصل الرسم السنوى عند دخول السلع الواردة برسم المنطقة الحرة لحساب مشروعات التخزين على أساس قيمتها تسليم ميناء الوصول (سيف) .

ب ـ وبالنسبة لمشروعات التصنيع أو التجميع تكون قيمة السلع التى يحصل على أساسها الرسم عند خروجها من المنطقة هى قيمة تكلفة ما استحدث فيها من تصنيع أو أجرى من تجميع .

علماً بأن الرسم بالنسبة للأنشطة الخدمية يظل حسب نص القانون (١٪) من إجمالى الإيرادات التى تحققها .

كل ذلك يتم من واقع الحسابات المعتمدة من أحد المحاسبين القانونيين وقد أثيرت مشكلة فى ظل ق ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ حول ما إذا كان الخصم الذى تمنحه شركات الخدمات لعملائها يخضع لهذا الرسم ؟ أو بمعنى آخر هل يحتسب الرسم على صافى قيمة الفاتورة أم على إجمالى القيمة قبل استنزال الخصم ؟.

حسمت ذلك الهيئة العامة للاستثمار والمناطق الحرة (المنطقة الحرة العامة بالأسكندرية) بكتابها الصادر فى ١٩٩٦/١٢/١٥ إلى مكتب (المحاسبون المتضامنون) بأن وعاء الرسم هو إجمالى الإيرادات المحققة من واقع الحسابات المعتمدة وذلك طبقاً لنص المادة ٣٧ من ق ٢٣٠ لسنة ١٩٨٩ أى قبل استنزال الخصم .

ولما كان الرسم المقرر بموجب القانون رقم ٨ لسنة ١٩٩٧ هو نسبة من إجمالى الإيرادات أيضاً فإن ما ورد بكتاب الهيئة يسرى على شركات الخدمات العاملة فى المناطق الحرة فى ظل هذا القانون .

٢ ـ مقابل الخدمات : ـ

تؤدى مشروعات المناطق الحرة للهيئة العامة للاستثمار والمناطق الحرة ـ طبقاً لما ورد بالقانون ولائحته التنفيذية مقابلا سنوياً للخدمات بواقع ١/٢ فى الألف من التكاليف الاستثمارية للمشروع بحد أدنى ثلاثمائة جنيه وبحد أقصى ثلاثة آلاف جنيه أو ما يعادلها بالعملات الحرة .

ويحتسب مقابل الخدمات عن سنة ميلادية كاملة فيما عدا السنة الأولى فيكون بنسبة المدة الباقية من تاريخ ترخيص مزاولة النشاط حتى نهاية العام .

شركة مصر / إيران للغزل والنسج

شركة مشتركة بين مصر وإيران

(ميرانكس)

تأسست فى ديسمبر ١٩٧٥ بموجب قانون ٤٣ لسنة ١٩٧٤ والقوانين المعدلة له
ويقدر إجمالى الاستثمارات بحوالى (١٦٠ مليون جنيه)

يبلغ رأس مال ميراتكس المدفوع (٥٤,٢٥٠ مليون جنيه) وتوزيعه كالآتى:-

٥١٪ للجانب المصرى ويمثله:

١ - شركة القابضة للقطن والغزل والنسيج والملابس.   ٢ - بنك الاستثمار القومى.

٤٩٪ للجانب الإيرانى ويمثلها

الشركة الإيرانية للإستثمارات الأجنبية.

- الأنشطة الرئيسية لميراتكس هى إنتاج وتسويق غزول القطن والمخلوط بالبوليستر من نمرة ٤ إلى ١٦٠ إنجليزى مسرح وممشط، مفرد ومزوى، برم نسيج وتريكو، خام ومحروق ومحرر على كونزو شلل.
- قد جهزت ميراتكس بأحدث الماكينات من أوروبا الغربية واليابان.
- يقدر الإنتاج السنوى بحوالى ١٠٥٠٠ طن بقيمة ١٥٠ مليون جنيه.

- مصنع الغزل الرفيع:-
  الطاقة = ٧٢٦٥٦ مردن
  الإنتاج = ٢٦٠٠ طن
  الخيوط المنتجة من متوسط نمرة ٦٣ إنجليزى
- مصنع الغزل المتوسط:-
  الطاقة = ٥٩٦٤٨ مردن
  الإنتاج = ٥٣٥٠ طن
  الخيوط المنتجة من متوسط نمرة ٣١ إنجليزى
- مصنع الغزل السميك:-
  الطاقة = ٣٢٠٠ روتر
  الإنتاج = ٢٥٠٠ طن
  الخيوط المنتجة من متوسط نمرة ١٣ إنجليزى

- تبلغ صادرات ميراتكس حوالى (٤٠٠٠ طن سنويا) بقيمة (٢٠ مليون دولار) إلى أمريكا وأسواق اوروبا الغربية (المانيا، الدنمارك، بلجيكا، فرنسا، اسبانيا، انجلترا، ايطاليا) ودول شرق آسيا (اليابان، تايوان، كوريا، سنغافورة) ودول شمال أفريقيا (المغرب، تونس).

يبلغ عدد العاملين (٣٢٠٠ عامل) تبلغ أجورهم السنوية مايقرب من (٢٨ مليون جنيه)